Nr. 26. 24. czerwca 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Zdzisław TOMANEK, b. prym. Lwów.

Myśl lekarska na przełomie kultury.

Epoka powojenna wniosła ze sobą szczególne zmiany do życia codziennego. Szybko opanowała ona i podważyła podstawy życia, wstrząsając silnie organizacją życia społecznego. W ślad za tem wyryła ona swoje piętno na kulturze i sztuce, prowadząc do przemian tem większych, że oprócz ducha czasu zadziałały tutaj czynniki wtórne, a mianowicie ze strony już przez nią zmienionych warunków społecznych. Toteż mówiąc o kulturze i sztuce naszych czasów w ogólności, trzeba określić ich stan jako przełomowy. Albowiem z jednej strony prąd czasu epoki powojennej nadał im swoisty kierunek, z drugiej zaś strony zmiany społeczne udzielają im kierunku znowu innego. W takim wypadku nie może być mowy o upadku kultury lub sztuki, gdyż upadek to przecież tylko jedna faza, a tutaj jest ich dwie.

W tej chwili przeżywamy czasy, w których obie fazy jedna w drugą przechodzą, słusznem tedy staje się określenie tego stanu w kulturze i sztuce jako przełomu, a nie inaczej, chociażby t. zw. kryzysu, terminu tak chętnie używanego obecnie w Niemczech, a który odpowiadałby raczej wszelkiej negacji, podczas gdy w rzeczywistości tak nie jest.

Jest prawdą, że w sztuce zapanował w ogólności znaczny prymitywizm, jakby nadmiar ekonomji i to zarówno w pomyśle, jakoteż w wykonaniu. Sprawia to chwilami wrażenie przyśpieszonego rytmu w myślowych procesach twórczych, objawu jakby zniecierpliwienia tak znamiennego dla obecnej doby. Doskonale daje się to śledzić w architekturze, gdzie linja prosta stała się dominująca, co odpowiada w zupełności nastawieniu duchowemu współczesnych twórców, wysilających nietyle intelekt w znaczeniu duszy właściwej, ile duszy cielesnej, odpowiadającej pojęciu sprytu życiowego, szybko opanowującego wszelkie trudności, nawet artystyczne w sposób doraźny i niedościgniony. Stoimy tutaj wobec zjawiska, któreby można nazwać wyścigiem twórców na spryt duszy cielesnej w sztuce. Sensacjonalizm w literaturze przeplatany realizmem, impresjonizm artystyczny w ogólności, dyzharmonja w muzyce połączona z nową rytmiką lub futuryzm w malarstwie, wszystko to daje się sprowadzić do jednego poziomu i do jednej przyczyny czyli inaczej do zjawiska o wielu cechach wspólnych.

Mówiąc o prądach współczesnych, okazuje się celowem wspomnieć o ich genezie, oczywiście tylko przypuszczalnej. Okres wojny minionej można tutaj uważać jakby za okres wylęgania. Z jednej strony silny prąd hiperkrytyczny, powstały pod wpływem warunków zmienionego, nienormalnego i trudnego a przytem ryzykownego życia, łatwo obniżył wartość starych poglądów, niwelując je tak, jak wezbrana woda podmywa brzegi. Z drugiej strony obecność jaknajgorszych warunków do stworzenia poglądów nowych, w sensie twórczym, przy dorywczym trybie życia, ułatwiła powstanie nowego kierunku, który do dziś jeszcze cechuje wspomniany prymitywizm, chociaż już w innej, zmienionej szacie, zgodnie z biegiem czasu i ustalaniem się stosunków.

Jeżeli chodzi o medycynę, to ten dział z punktu widzenia nauki i sztuki już od dłuższego czasu okazywał dwutorowość poglądów, wobec czego okres wylęgania nowych prądów należy uważać za rzecz odległą. Wiemy, że pierwszy z nich stanowi kierunek, którego twórcą był Virchow, a który od r. 1858 nakreślił medycynie drogę jej rozwoju w duchu prawdziwie germańskim. A więc uczynił on to najpierw od stwierdzenia, że komórka powstaje z komórki *(omnis cellula e cellula)*, a rozwiązując wszelkie zagadnienia ustroju w sposób materjalistyczny, głosił, że ustrój stanowi zbiorowość socjalną i że zaburzenia miejscowe w ustroju nie oddziaływują nań zupełnie, a więc wszelkie leczenie w tych razach winno być miejscowe. Poglądy Virchowa, dotarłszy do intelektualnego życia lekarskiego, wniosły do niego nieoczekiwany ferment hiperkrytycyzmu, który wspomagany rozwojem badań i postępów w medycynie, doprowadził do prawdziwego rozczłonkowania wielkiej wiedzy lekarskiej najpierw na ważniejsze specjalności, a w ślad zatem, zresztą bardzo konsekwentnie, do takiej hiperspecjalizacji, że nawet w obrębie tego samego działu zaczęto wyróżniać nowe specjalności. Jest rzeczą jasną, że arsenał specjalności zaważył poważnie na metodzie badania chorych a nawet ich leczeniu. Z pewnością, zalety tego stanu rzeczy w świecie lekarskim są specjalistom dobrze znane, a dla klinicystów dostatecznie zrozumiałe. W. Szumowski (1) w jednej ze swoich prac również zajmuje stanowisko przychylne wobec tego kierunku. Są tutaj jednak także i wady, te zaś bywają podnoszone zwłaszcza ze strony chorych. Wchodzi tutaj w rachubę często kłopotliwe położenie chorych wobec zmechanizowanych badań, niejednokrotnie jakby wymuszających na nich rozpoznanie zapomocą liczb względnie eksperymentów. Niekiedy znowu zwłoka w zastosowaniu leczenia, spowodowana przydługim tokiem dodatkowych badań, wytwarza, przynajmniej u pewnej grupy chorych zwłaszcza wrażliwszych, jakby sprzeciw czy też reakcję. W czasach ostatnich, właśnie w tej epoce tak znacznego wzrostu osobników wrażliwych, czemraz bardziej daje się spostrzegać a jeszcze częściej tylko wyczuwać wzrastanie ich krytycyzmu. W ten sposób pomiędzy lekarzem, przyrodnikiem nastawionym, że tak powiem somatycznie, a więc materjalistycznie, a chorym czemraz bardziej krytycznym, zaznacza się dystans, powiększający się równocześnie w miarę pogarszania się stosunków życiowych, gdyż wspomniana metodyka badań, czy też leczenia, staje się dla niego czemraz trudniej dostępna, jako za kosztowna. Wynika stąd upadek zaufania chorego do lekarza i naodwrót, prowadzi również do upadku stanowiska lekarza w znaczeniu dawniejszem, tem łatwiej, że stoimy współcześnie wobec bardzo prawdopodobnego przerostu świata lekarskiego, zaś z drugiej daje się zauważyć objaw, być może pozostający z tem w łączności, a to czemraz większego spopularyzowania wiedzy lekarskiej. Do powstania tego ostatniego objawu przyczyniło się niewątpliwie wiele czynników, najwięcej jednak, zdaje się, „zmechanizowanie badań", jak to doskonale określił L. Wachholz (2) w jednej ze swoich prac. Ów bowiem sposób badań, niekiedy nawet bardzo zawiłych i długotrwałych, wyszedł już dzisiaj poza obręb badań dokonywanych w pracowniach naukowych, a poszedł daleko w życie, stając się nieodłączną, nową metodyką badawczą w rękach lekarzy ubezpieczeniowych i prywatnych. I stała się rzecz dziwna, — ta bowiem metodyka nowa, mająca na celu udoskonalenie rozpoznawania i leczenia chorób, jakby powszednieje, dając w efekcie upadek zaufania chorego do lekarza, a więc skutek bądźcobądź wcale nieoczekiwany. Za drugi czynnik pod tym względem, bardzo ważny, bywa uważany nadmierny rozwój handlu specyfikami, o już gotowych wskazaniach, szczegółowo zapodanych na etykiecie wraz z metodą leczenia. Nie wchodząc w tem miejscu w szczegóły tego zagadnienia, pragnę tylko zaznaczyć, że lekarz w tych warunkach często staje się zbędny, chory bowiem leczy się sam lub z porady otoczenia, znając niejednokrotnie lepiej słownik specyfików aniżeli lekarz. Niektórzy sądzą, że tak długo, jak medycyna była okryta nimbem tajemniczości, tak długo jej wpływ leczniczy był większy i wzbudzał większe zaufanie. Zdaje się to być o tyle prawdą, że nawet i dzisiaj jeszcze często zdarza się, iż wizyta u lekarza jest skuteczniejszą, aniżeli specyfik zakupiony przez chorego z własnych wskazań. Jednak nie dzieje się to zawsze. Natomiast daje się spostrzegać właśnie w tych razach, w których chory jest spragniony porady lekarskiej, zdecydowany zwrot ku znachorom. Dowodzą tego objawy czemraz bardziej kwitnącego znachorstwa, które w naszych czasach cieszy się coraz większem zaufaniem. Nie mogę zapomnieć, jak przed kilku laty, będąc na studjach w Paryżu, miałem sposobność zetknięcia się w jednem ze sanatorjów z chorą na gruźlicę płuc, córką tamtejszego lekarza, która z porady ojca leczyła się początkowo za wysoką opłatą u znachora na... raka żołądka!

Nie wchodząc w szczegóły, uważałbym, że stoimy dzisiaj wobec znamiennego faktu, w którym lekarz zatraca swój wpływ na chorego. Stąd upadek jego prestiżu.

Tymczasem praca lekarza rośnie z każdą godziną. Lekarze praktyczni zajęci w ubezpieczalniach i ambulatorjach, pracują intensywniej, niż dawniej, niewątpliwie w następstwie przesunięcia się klienteli z prywatnego gabinetu lekarza do tych instytucyj. Lekarze naukowcy pracują zapamiętale, a ilość ich z godziny na godzinę zdaje się wzrastać.

Literatura staje się czemraz bogatsza, niekiedy zaś tak bardzo obszerna, że staje się niemożliwą do opanowania nawet specjalistom, w zasięgu ich działów. Do tego dołącza się czemraz bogatsze piśmiennictwo propagowane przez wytwórnie farmakochemiczne, niestety najczęściej o treści bardzo spekulatywnej. Chwilami lekarze praktycy publikują spostrzeżenia z praktyki codziennej. I nastał czas, że prawie każdy lekarz coś pisze. Wszyscy pracują naukowo i wszyscy piszą. Jest prawdą, że dzięki tym pracom piśmiennictwo osiągnęło szereg zdobyczy w diagnostyce i lecznictwie chorób. Nie pozostają one jednak w żadnym stosunku do tak olbrzymiej dziś literatury, gdyż prawdziwych twórców jest dzisiaj bardzo mało. Doszliśmy natomiast do stanu wielkiego udostępnienia materjału podręcznikowego dla lekarzy, materjału sprawiającego niekiedy wrażenie jakiegoś niedoskonałego przesytu. Powoli każdy lekarz wzbogaca swoje wiadomości sam, bez pomocy, zbędne stają się kursa, a każdy staje się doskonałym samoukiem. Do tego dołączają się wyjątkowe troski życiowe stanu lekarskiego, a nawał ustawowych obowiązków lekarskich wytwarza u lekarza jakiś chaos, wobec którego staje się on czemraz bardziej bezsilny i bezradny. W takim wypadku można mówić o kryzysie w życiu lekarza praktycznego.

Czy jednak w tym stanie, o którym mowa, nie wyłania się coś nowego? Sądzę, że tak. Prądy nowe mają często to do siebie, że, powstając, robią wprawdzie wrażenie nagłego powstawania, to jednak zwyczajnie one dawno już istniały, były tylko w ukryciu. Czas wskrzesza kierunki tak samo, jak je potrafi odłożyć na długo, a jeszcze lepiej czyni to epoka, uzupełniając wpływ czasu nową formą, czy stylem. Mam tu na myśli prądy, które wychodzą z trzech źródeł. Pierwszy z nich to naukowy, drugi to prąd społeczny, zaś trzeci to ideowy.

Jeżeli chodzi o prąd naukowy, to przedewszystkiem wynika on z negacji dotychczasowych prądów, w miarę ich zużytkowania się. Wszak poglądy materjalistyczne w medycynie zwolna chylą się ku upadkowi. Powtarza się tutaj epizod podobny, jaki przeżył sam Virchow, który, uzupełniając swoje poglądy, doszedł jeszcze wówczas do wniosku, że w komórkach istnieją dwie siły, a to molekularna i życiowa, skłaniając się zatem do witalistów, których w zasadzie sam zwalczał.

Za nowy, współczesny tor kierunkowy w medycynie, uważa się dziś poglądy, których okres wylęgania sięga czasów rzeczywiście odległych albowiem czasów Hippokratesa, który wówczas głosił zasady patologji humoralnej, a więc „eukrazji i dyskrazji". Tego zdania są głównie autorzy niemieccy, wśród których Aschner (3) jest największym konserwatystą a równocześnie największym postępowcem. Dzieje się to jednak niezawsze słusznie, gdyż ilekroć zdarzy się, że współczesny kierunek myśli przypomni poglądy Hippokratesa, to jednak wszystko to dzieje się w nowej formie, a powstaje, co najważniejsze, z innego punktu widzenia, gdyż niejednokrotnie z pogłębionego, ugruntowanego i przygotowanego przez dorobek znacznie późniejszy od czasów Hippokratesa. Dlatego nazwa pseudohipokratyzmu lub neohipokratyzmu byłaby może bardziej stosowną aniżeli „hipokratyzm" na określenie tego kierunku.

Mam tu na myśli kierunek wprowadzony w Niemczech przez Kretschmera, który śladem Hippokratesa, odnoszącego wynik zmagań choroby z ustrojem do jego *„physis"*, a więc konstytucji, stworzył podwaliny pod naukę badań konstytucjonalnych. U nas w Polsce kierunek ten wyszedł znacznie wcześniej, gdyż jeszcze w ub. stuleciu od S. Majera (4) i jest kontynuowany przez H. Sochańskiego (5), S. Władyczkę (6), S. Liebharta (7) i autora (8). Zasadą tego prądu jest przedewszystkiem dualizm energetyczny istot żywych, w których spotykamy różnice tak somatyczne, jakoteż psychiczne. H. Sochański (9) wykazał, jak dużą rolę w tworzeniu konstytucji odgrywa układ wkrewny, na drodze hormonalnej. A dalej, według H. Sochańskiego, pewnym typom somatyczno-psychicznym odpowiadają skłonności do pewnych chorób.

Rozwój konstytucjologji i hormonologji, które stają się problemem dnia, a dalej postępy w zakresie serologji i bakterjologji, stanowią prądy stojące w sprzeczności z myślą Virchowa, a stają raczej po stronie Hippokratesa, gdyż nie głoszą istnienia lokalizacji chorób, lecz dowodzą, jak wielki współudział mają czynniki pozakomórkowe dla powstawania i przebiegu chorób, oraz jak często zmiany chorobowe umiejscowione tylko w jednym narządzie wywierają wpływy na cały ustrój.

Wreszcie czemraz bardziej stają się aktualnemi problemy *psyche* i *soma,* których doniosłość oraz zrozumienie wzrasta w miarę postępów w dziedzinie psychologji i psychjatrji, a które w czasach Virchowa stały na poziomie prymitywu. Jeżeli tedy kierunek Virchowa określić jako tezę, wówczas kierunek współczesny nazwać możemy antytezą.

U nas w Polsce daje się spostrzegać w nauce powolny zwrot w kierunku opracowywania problemów nowych, podawanych czasem w fejletonach (H. Sochański (10), a które stoją na pograniczu kliniki i filozofji medycyny. Należą tutaj problemy duszy, oraz jej zawisłości od skomplikowanych czynników somatycznych, w dziedzinie których, według H. Sochańskiego, przedewszystkiem gruczoły o wydzielaniu wkrewnem a więc hormony mają duże znaczenie. Autor (11) niejednokrotnie poruszał obecność zmian w psychice przy gruźlicy oraz starał się wykazać, że istnieje ścisła łączność pomiędzy *psyche* i *soma,* tak w zdrowiu jakoteż w chorobie. Psychoanalizę życia płciowego kobiety szczegółowo przedstawił T. Bilikiewicz (12). Niedawno St. Maziarski (13) opracował problem mózgu i duszy, zaś H. Sochański (14) rolę podświadomości w diagnostyce chorób wewnętrznych, podkreślając przytem znaczenie wpływów psychogenicznych w patogenezie szeregu chorób.

Ostatnio N. Kraińskij (15) z Białogrodu usiłował wyjaśnić mechanizm oddziaływania wyższych ośrodków nerwowych na procesy somatyczne wogóle. Jak widać, bywają czemraz częściej poruszane zagadnienia nowe.

W prądzie społecznym należy wyróżnić rozwój medycyny społecznej i medycyny zapobiegawczej. Owe dwa kierunki myśli lekarskiej i organizacyjnej, to rzeczy dzisiaj niezwykle aktualne. Kierunek pierwszy dotyczy organizacji świata lekarskiego, mającej na celu dostosowanie się do zmian w życiu społecznem wogóle. W zasadzie swej nie jest on nowy, przechodzi on jednak różne fazy swojego rozwoju i jak dalece jeszcze się rozwinie, jest jeszcze trudno dzisiaj przewidzieć. Kierunek medycyny profilaktycznej wniósł ze sobą nowe elementy dla formy i celów pracy lekarskiej, która przesuwa punkt ciężkości z lecznictwa na zapobieganie chorobom. Trzeba przyznać, że geneza takiego prądu łatwo daje się odnieść również do zmian społecznych i organizacyjnych, gdyż kierunek ten dyktuje zracjonalizowana ekonomja społeczna, wychodząca z założenia, że jest łatwiej i taniej zapobiegać chorobom, aniżeli je leczyć.

Trzecim, to prąd w świecie lekarskim, dający się określić jako ruch katolicki w świecie lekarskim. I ten hołduje, rzecz dziwna, myśli lekarskiej Hippokratesa, który tak dawno wypowiedział słynne zdanie, że „lekarz filozof, to naprawdę boski człowiek".

Ów prąd stara się wytworzyć typ lekarza idealnego, a więc wzorowego, miłosiernego dla chorych, dobrego psychologa, filozofa, na wzór pierwszego lekarza chrześcijańskiego św. Łukasza. Ten kierunek zatoczył już szerokie kręgi i objął prawie cały świat. I tak rozwinął się w Ameryce, we Francji, w Anglji, w Irlandji, a dalej w Belgji, w Holandji, w Niemczech, w Austrji a nadewszystko we Włoszech, tam bowiem jest on najsilniejszym i posiada wielkie wpływy. U nas, w Warszawie, również odniedawna się tworzy. Istotą owego ruchu są organizacje lekarskie skupione w t. zw. bractwach św. Łukasza, mających za cel bronić moralności zawodowej. Zadaniem wspomnianych bractw jest ponadto kształcenie lekarzy misyjnych i lekarzy dla seminarjów duchownych. We Włoszech owe bractwa skupiają wielu lekarzy, nawet z wyższych sfer naukowych, uniwersyteckich, oraz wydają czasopisma, biuletyny i urządzają zjazdy. Akcja ta pozostaje pod protektoratem Papieża (16).

Jeżeli wglądnąć w genezę owego ruchu, zwracają na się uwagę pewne przyczyny, które czemraz bardziej sprzyjają jego rozwojowi. I tak można doszukiwać się tutaj przyczyn w zawodowej konkurencji w świecie lekarskim, gdzie chęć zróżnicowania się charakterów jest niewątpliwie większą, aniżeli w warunkach dawniejszych, przy mniejszej stosunkowo liczbie lekarzy. Z drugiej strony żądania i wymagania ze strony świata chorych są dzisiaj większe, aniżeli dawniej, przyczem chorzy pragną mieć lekarzy zaufanych, rozumiejących ich psychikę w tej mierze, ażeby mogli również zasięgać u lekarza porady, podobnie jak u kapłana. Wreszcie najwyraźniej zarysowuje się tutaj wpływ władz duchownych na świat lekarski, które dbając o moralność zawodową wogóle a zwłaszcza w medycynie, usiłują wskrzesić pierwowzór lekarza chrześcijańskiego, na pożytek chorych oraz idei.

Widać stąd, jak na przełomie wyłaniają się czemraz bardziej zdecydowane, nowe kierunki myśli lekarskiej, obejmujące zarówno życie praktyczne jakoteż nawet naukę lekarską i ową gwałtowną dążność do zracjonalizowania poglądów w sensie nowym, współczesnym. Dzieje się to w okresie materjalnego kryzysu, który niewątpliwie pogłębia myśl ludzką wogóle i usposabia do nastawienia w kierunku filozoficznym. W takim czasie bowiem nikt tak bardzo nie jest spragniony słów prawdy i jej dowodów, jak człowiek znajdujący się w chaosie pojęć, a w potrzebie. Toteż owe 3 prądy, o których wspomniałem, zawierają w sobie cechy wspólne, gdyż usiłują wprowadzić do świata lekarskiego myśl filozoficzną, śladem Hippokratesa.

I tutaj nasuwa się pytanie, czy w tym razie można mówić o kryzysie w świecie lekarskim, w znaczeniu jakiegoś upadku a więc negacji? Napewne nie, logika bowiem pozwala wnosić, że owe prądy nowe, ciągle się rozwijające, doprowadzą do zahamowania wybujałego hiperkrytycyzmu w świecie lekarskim, a przez uspokojenie chaosu dadzą możność powrotu do zasad starych, chociaż w nowej szacie. Należy oczekiwać, że w ten sposób powstająca nowa kultura myśli lekarskiej wskrzesi tradycję lekarskiego autorytetu. Być może bowiem, że zbliżamy się do chwili, kiedy lekarz, jako człowiek z intelektem i charakterem, lekarz psycholog i filozof będzie się udzielał również w życiu pozalekarskiem.

W tem miejscu przypominają mi się słowa wypowiedziane niedawno przez Prof. Sieradzkiego (17), na jednem z posiedzeń Lw. Tow. Lek.: „Któż lepiej zna wszystkie troski i potrzeby człowieka, aniżeli właśnie lekarz".

Piśmiennictwo:

1) Pol. Gaz. Lek. Nr. 25. 1930. — 2) Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1932. — 3) Według W. Szumowskiego, tamże. — 4) Gieszkowski. Kraków 1888. — 5) Szereg prac w P. G. Lek. 1921 — 1932. — 6) Pol. Gaz. Lek. Nr. 44. 45. 1930. — 7) Pol. Gaz. Lek. Nr. 49. 1932. — 8) Pol. Gaz. Lek. Nr. 6, 11. 14, 1933. — 9) Pol. Gaz. Lek. Nr. 47, 48, 1927. — 10) Pol. Gaz. Lek. Nr 43, 1933. — 11) Pol. Gaz. Lek. Nr. 10, 1929, Nr. 47, 1933, Gruźlica Nr. 5, 1930, Nr. 1, 1933. — 12) Pol. Gaz. Lek. Nr. 25, 26, 1933. — 13) Pol. Gaz. Lek. Nr. 2. 3, 1934. — 14) Pol. Gaz. Lek. Nr. 3, 4, 1934. — 15) Pol. Gaz. Lek. Nr. 10, 1934. — 16) Osservatore Romano. — 17) Pos. Lw. Tow. Lek. 9 grudnia 1932.

Dr. Jerzy GRZĘDZIELSKI. Lwów.

Doświadczalne badania nad oderwaniem siatkówki.

Doniesienie.

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. Dyr.: Prof. Dr. A. Bednarski i z Zakł. farmakologji dośw. Dyr.: Prof. Dr. W. Koskowski.

Wstępne badania, wraz z opisem metodyki, zostały podane w r. 1932 (P. G. L. Nr. 51). Oderwanie siatkówki *(od. siat.)* otrzymywano zapomocą wyrwania kawałka siatkówki (według Hagedoorna) i zastrzyknięcia wody destylowanej do ciałka szklistego (oderwanie siatkówki przez postępowanie skombinowane — *komb. od. siat.).* Bez zastrzyknięcia wody nigdy nie można było uzyskać oderwania siatkówki. Okazało się jednak, że oderwanie i to także z dużemi otworami w siatkówce, może też powstać wskutek *samych* injekcyj wody do ciałka szklistego (oderwanie siatkówki po injekcjach wody — *inj. od. siat.).* Oba rodzaje *(komb. od. siat.* i *inj. od. siat.)* można jednak uważać za zupełnie identyczne, ze względu na obecność otworu w siatkówce i destrukcję ciałka szklistego. Możliwem jest wprawdzie, że niekiedy *komb. od. siat.* jest w istocie tylko *inj. od. siat.*, ale niemniej jednak da się wykazać, że w niektórych przypadkach oderwanie siatkówki jest wynikiem otworu w siatkówce wytworzonego drogą operacyjną. Nigdy jednak *od. siat.* nie jest następstwem samego urazu operacyjnego, który powoduje tylko — jak poucza badanie histologiczne — zrosty poszczególnych błon oka między sobą. Dlatego też *komb. od. siat.* jest dosyć trudne do otrzymania, w ogólności 12 razy na 34 gałek. *Komb. od. siat.* można szczególnie otrzymać po zastrzyknięciu większej ilości wody do ciałka szklistego (jednorazowo 0,8—2,0 cm^3). *Inj. od. siat.* można uzyskać w 40—50% gałek, zwykle po dwóch zastrzyknięciach wody po 0,4 cm^3, z równoczesnem wypuszczaniem płynu z przedniej komory oka. Także przez injekcje płynów fizjologicznych (0,9% NaCl, płyn Ringer-Locke, *humor aqueus),* można wytworzyć *od. siat.*, chociaż stosunkowo rzadziej.

Skutkiem zastrzyknięcia wody do ciałka szklistego jest silne zmętnienie tegoż, znikające w ciągu kilku dni. *Od. siat.* da się stwierdzić zwykle czwartego dnia po ostatnim zabiegu. Zwykle ośrodki łamiące do tego dnia były zamglone, jednak w niektórych przypadkach na dzień przed wystąpieniem oderwania można było widzieć dno oka jasno i stwierdzić przyleganie siatkówki. Pozwala to na ustalenie ważnego faktu, że oderwanie siatkówki nie jest bezpośredniem następstwem zabiegu, jak np. oderwanie po wypuszczeniu ciałka szklistego, lecz potrzebuje pewnego czasu do rozwoju.

We wszystkich oczach z oderwaniem stwierdzono obecność otworów w siatkówce. Przy *komb. od. siat.* były one względnie małe, ograniczone do jednego z dolnych kwadrantów siatkówki. Przy *inj. od. siat.* były otwory bardzo duże, umiejscowione w okolicy tylnego bieguna oka, poniżej tarczy i promieni rdzennych.

Zachowanie się ciałka szklistego po zastrzyknieciu wody polega na rozpłynięciu, co można wykazać przez wyciąganie tegoż cienką igłą, i na większej zawartości białka. W niektórych przypadkach *inj. od. siat.* punktowano oddzielnie ciałko szkliste i płyn podsiatkówkowy, które badano refraktometrycznie na zawartość białka. Poniższa tabelka uwidacznia zasadniczą równość cieczy przed- i podsiatkówkowej (cyfry odnoszą się do skali refraktometru Pulfricha, w nawiasach są podane obliczone odsetki białka):

Oderwanie otrzymane przez:	Ciałko szkliste		Płyn podsiatkówkowy	
2 inj. wody destyl.	—	—	21,3	(0,08%)
1 „ „ „	30,0	(1,89%)	21,5	(0,10%)
2 „ 0,9% NaCl	26,4	(1,13%)	26,6	(1.17%)
3 „ wody destyl.	27,0	(1,25%)	24,4	(0,7%)
3 „ „ „	29,2	(1,73%)	30,1	(1,91%)
3 „ „ „	—	—	27,0	(1,25%)
2 „ „ „	28,5	(1,55%)	26,5	(1,15%)

Histologiczne zmiany w oczach z oderwaniem siatkówki polegają głównie na otworze w siatkówce i rozpadzie ciałka szklistego. Pozatem nie znajduje się zmian, które możnaby uważać za przyczynę oderwania. W miejscach przebicia gałki powstają zrosty siatkówki, naczyniówki i twardówki. Także w miejscach ssania przychodzi do takich zrostów. Jednak te zbliznowacenia nie wywołują żadnego ciągnienia na siatkówkę. Uszkodzenie siatkówki wskutek wstrzyknięcia wody jest przejściowe i objawia się wakuolizacją warstwy nerwowej. Na oderwanej siatkówce najwcześniej (już po 4 dniach) występuje rozpad warstwy pręcików, po 2 miesiącach przychodzi do wzmożenia jąder w warstwie ziarnistej wewnętrznej i przerostu włókien Muellera, po 3—4 miesiącach struktura siatkówki jest zniszczona. Tęczówka i ciałko rzęskowe nie wykazują zmian. Podobnie też naczyniówka jest zasadniczo prawidłową; czasem tylko warstwa nabłonkowa wykazuje nieregularności i przechodzenie komórek przez otwór na wewnętrzną powierzchnię siatkówki.

Na podstawie badania histologicznego można łatwo odróżnić otwory operacyjne od powstałych wskutek samych wstrzyknięć wody do ciałka szklistego. Pierwsze charakteryzują się przez brzegi proste i lekko ścieńczałe, drugie mają brzegi ostro cięte i silnie zawinięte ku wewnątrz. To zawinięcie czyni zrozumiałem ich powstanie przez pęknięcie siatkówki przy podwyższonem ciśnieniu w ciałku szklistem podczas wstrzyknięcia.

Ciałko szkliste okazuje charakterystyczne zmiany w preparacie histologicznym (utrwalenie w płynie Zenkera, barwienie wg. van Giesona): miejscami struktura włókienkowa jest dobrze utrzymana, w innych miejscach są włókienka grubsze i silniej się barwiące, z masami ziarnistemi między niemi. Obraz ten można określić jako rozpłyniecie, ze wzmożoną ilością białka. Płyn podsiatkówkowy jest, sądząc ze stratów białkowych, identyczny z przedsiatkówkowym. W płynie podsiatkówkowym można też widzieć części rozpadłej galarety ciałka szklistego, w postaci wypadnięć, pasm i błon, charakteryzujących się przez żywo czerwone barwienie wg. van Giesona i ujemne barwienie na włóknik.

W oczach, w których mimo że na drodze operacyjnej próbowano wytworzyć otwór w siatkówce i zastrzykiwano wodę, a nie przyszło do oderwania siatkówki, nie można też było wykazać otworów w siatkówce, względnie były one niedrożne wskutek przyrośnięcia brzegów, zatkania tkanką z naczyniówki albo nierozpłyniętem ciałkiem szklistem. Niekiedy można było też stwierdzić zlepy siatkówki z naczyniówką, lub szerokie zrosty naczyniówkowo-siatkówkowe.

W jednym przypadku (oderwanie 4-miesięczne) ciecz podsiatkówkowa zawierała więcej białka, niż ciałko szkliste. Otwór był przytem założony błoną przedsiatkówkową, niewątpliwie nowowytworzoną. Ten przypadek okazuje wyraźne analogje z przebiegiem samoistnego oderwania siatkówki u człowieka.

W wyjaśnieniu genezy tego doświadczalnego oderwania siatkówki można odrzucić jakiekolwiek działanie retrakcyjne. Także ruchy oczu, czynnik według Lindnera bardzo ważny, można u królika całkiem odrzucić. Opisany przez Lobecka prąd cieczy, idący od ciałka szklistego ku naczyniówce, jest możliwy — kilka odnośnych doświadczeń zostało wykonanych — lecz rola jego przy oderwaniu siatkówki jest wątpliwa. Gdyby naczyniówka tworzyła powierzchnię odpływową dla płynu śródocznego, przeciwdziałałoby to nagromadzeniu się płynu podsiatkówkowego, a siatkówka musiałaby być tylko silniej przyciskana do naczy-

niówki. Można to zademonstrować na odpowiednio skonstruowanym modelu.

Mechanizm oderwania siatkówki wydaje się jednak całkiem prostym. Skoro istnieje otwór w siatkówce, a ciałko szkliste jest rozpłynięte, w pewnej chwili siatkówka zaczyna pływać wewnątrz gałki ocznej; możliwe, że do tego jest jeszcze potrzebnem rozluźnienie związku warstwy pręcików z nabłonkiem barwikowym, przez lekki i przejściowy wysięk z naczyniówki (Arruga). Znaczenie otworu w siatkówce i rozpłynięcia ciałka szklistego leży w tem, że siatkówce przy przesuwaniu się nie stają na drodze żadne opory. Skoro oderwanie siatkówki pojmujemy jako „pływanie" jej w rozpłyniętem ciałku szklistem, to jest zbytecznem odróżniać płyn podsiatkówkowy od płynu ciałka szklistego; w istocie jest to tylko jedna ciecz, tylko inaczej nazwana, zależnie od położenia pod- lub przedsiatkówkowego.

Opisane tu doświadczalne oderwanie siatkówki charakteryzuje się brakiem zmian patologicznych, poza otworem w siatkówce i rozpłynięciem ciałka szklistego. Można, więc je śmiało określić jako „idjopatyczne" i przyrównać do samoistnych oderwań siatkówki u człowieka. Patogenezę tego ostatniego oderwania można podzielić na dwie fazy; pierwsza tyczy się powstania otworu w siatkówce i rozpłynięcia ciałka szklistego. W drugiej mamy do czynienia z procesem fizycznym, prowadzącym do samego odklejenia siatkówki. Przedstawione doświadczenia tyczą się właśnie tej drugiej fazy. Zamiarem tych doświadczeń było udowodnić, że otwór w siatkówce i rozpłynięcie ciałka szklistego mają przyczynowe znaczenie w oderwaniu siatkówki.

Doświadczalne oderwanie siatkówki wywołane przez wyssanie pewnej ilości ciałka szklistego (Birch-Hirschfeld i ostatnio Lobeck) jest niewątpliwie natury retrakcyjnej, co zostało też udowodnione własnemi doświadczeniami. To oderwanie jest ważne z tego względu, że wykazuje niezbędność otworu w siatkówce. Ale mechanizm jest tu zupełnie inny, jak przy oderwaniu siatkówki u człowieka, gdzie — jak wykazał Baurmann — utrata ciałka szklistego nie stwarza prawie zupełnie dyspozycji do oderwania.

(Praca w całości pojawi się jako osobny druk).

Mieczysław MARUSSA. Kraków.

Zmiana flory bakteryjnej w toku gojenia się zakażeń ropnych.

Z Instytutu Bakterjologji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (dyrektor Prof. Dr. Marjan Gieszczykiewicz)
i z Oddziału chirurg. Szpitala O. O. Bonifratrów w Krakowie (Prymarjusz †Dr. Michał Hładij).

Wiemy, że w toku gojenia się spraw ropnych przychodzi często do zakażeń wtórnych, mimo anty- względnie aseptycznego postępowania z niemi. Zadaniem mojem było stwierdzić: 1) jak często wtórne zakażenie występuje, 2) w jakim okresie gojenia pojawiają się drobnoustroje zanieczyszczające, 3) jakie gatunki bakteryj występują najczęściej, jako wyraz wtórnego zakażenia. W tym celu przebadałem dokładnie 40 przypadków, w tem: 20 ropni, 14 ropowic i 6 zanokcic.

Sposób badania był następujący: ropa z każdego przypadku była badana przy nacięciu ropnia, względnie ropowicy, a w większości przypadków nawet przed nacięciem przez nakłucie i następnie systematycznie przy każdej bez wyjątku zmianie opatrunku, odbywającej się co 2—3 dni. Ropnie względnie ropowice leczone były przez polewanie 3% wodą utlenioną po nacięciu, oraz przy zmianach opatrunku. W niektórych przypadkach stosowano zamiast wody utlenionej roztwór 1‰ riwanolu. Ropę pobierano oczywista rzecz przed zastosowaniem środka przeciwgnilnego. Materjał ropny zbierano albo wprost z rany do jałowej próbówki, albo też za pośrednictwem jałowej strzykawki. Jeżeli ilość ropy była mała, zużytkowywano do badania gazik wydobyty z ropnia. Badanie bakterjologiczne przeprowadzano najdalej w kilka godzin od chwili pobrania ropy. Polegało ono na zabarwieniu rozmazu ropy sposobem Grama i na założeniu posiewu. Jeżeli mikroskopowo stwierdzono tylko 1 gatunek bakteryj, wysiewano ropę na kilka agarów skośnych sposobem wieloprobówkowym oraz na bulion.

W razie stwierdzenia badaniem mikroskopowem kilku rodzajów bakteryj, wysiewano je na płytkę agarową, a z tej dopiero każdą odmienną kolonję przeszczepiano na agary skośne i bulion, następnie z agarów skośnych na pożywki różniczkowe. Posiewy poddawano po stwierdzeniu wzrostu, badaniu mikroskopowemu.

Badanie powyższe stosowano po każdej zmianie opatrunku, aż do czasu przyłożenia maści.

Czas leczenia trwał przeciętnie od 10—52 dni.

Opisane przypadki tyczyły się spraw ropnych, umiejscowionych w różnych okolicach ciała ludzkiego, a więc: szczęki, szyi, pachy, sutka, przedramienia, ręki, brzucha, pośladków, podudzia i grzbietu stopy.

Użyto do badania materjału ropnego

1) z 20 ropni z różnych okolic ciała

2) z 14 ropowic: 7 ręki, 3 szyi, 2 przedramienia, 1 stopy i 1 podudzia

3) z 6 zanokcic.

W przebadanych przeze mnie przypadkach sprawę ropną wywołały następujące bakterje stwierdzone przy nacięciu:

Ilość przypadków	Nazwa bakterji stwierdzonej przy nacięciu
17	gronkowiec złoty
2	gronkowiec biały
9	paciorkowiec
4	gronkowiec i paciorkowiec
1	gronkowiec i maczugowiec saprofit.
1	gronkowiec i pałeczka okrężnicy
1	paciorkowiec i pał. odmieniec.
1	pał. odmieniec
1	sześcianka czworacza
3	ropa okazała się jałowa

Jak z powyższego zestawienia wynika, w 17.5% badanych przypadków już przy, względnie przed nacięciem sprawy ropnej stwierdzono zakażenie mięszane. 4 z tych przypadków nie przedstawiają nic dziwnego, a mianowicie ich zakażenie równoczesne gronkowcem i paciorkowcem, a więc zarazkami prawie jednakowo chorobotwórczemi. W następnych trzech przypadkach t. j. w ropniu podudzia, zanokcicy i ropowicy ręki stwierdzono zakażenie od początku gronkowcem i maczugowcem saprofitycznym, gronkowcem i pałeczką okrężnicy, paciorkowcem i pał. odmieńcem. Wyżej wymienione bakterje (maczug. saprofityczny, pałeczka okrężnicy i pał. odmieniec) żyjące często na powierzchni ciała czy w przewodzie pokarmowym, mogą wywołać zakażenie mieszane pierwotne, wbrew dotychczasowym twierdzeniom, iż one dołączają się tylko jako zakażenie wtórne.

Do czasu zabliźnienia się rany utrzymały się w czystej hodowli następujące bakterje:

Ilość przypadków	Nazwa bakterji utrzymującej się w czystej hodowli do końca
14	gronkowiec złoty
2	gronkowiec biały
8	paciorkowiec
2	gronkowiec i paciorkowiec
1	gronkowiec i pałeczka okrężn.
1	paciorkowiec i pał. odmieniec
1	pał. odmieniec
1	sześcianka czworacza

A więc na ogólną ilość 40 przypadków przebadanych wystąpiła zmiana flory w 10 przypadkach i to:

Ogólna ilość przypadków	Rozpoznanie kliniczne	Zakaż. pierw. utrzym. się	Zmiana flory bakter.	Procent
20	ropni	16	4	20%
14	ropowic	10	4	28.57%
6	zanokcic	4	2	33.33%
40	—	30	10	25%

Wtórne zakażenie dołączało się najczęściej między 3—6 opatrunkiem t. j. w 6—18 dni po nacięciu ropnia, w jednym tylko przypadku dopiero po 12 opatrunku dołączyła się sześcianka.

Przy wtórnem zakażeniu jakiegoś wybitnego zaostrzenia się sprawy chorobowej nie zauważono prócz jednego przypadku zanokcicy, w którym, gdy po 6 opatrunku dołączyła się pał. odmieniec, wystąpiło wyraźne zaostrzenie objawów klinicznych charakteryzujących się podwyższeniem temperatury (39.8°), obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością gruczołów pachowych.

Stwierdzono też, iż wtórne zakażenie przedłuża czas gojenia się ran w porównaniu z przypadkami, w których flora pozostaje do końca ta sama.

Jako wyraz wtórnego zakażenia wystąpiły następujące bakterje:

Ilość razy	Nazwa bakterji
2	gronkowiec złoty
4	maczugowce saprofitycz.
2	pałecz. ropy błękitnej
2	pał. odmieniec
2	pałeczka okrężnicy
2	laseczka typu *Bac. subtilis*
1	sześcianka

i to w przypadkach chorobowych umiejscowionych na:

Liczba spraw chorobowych	Części ciała	Zakażenie pierwotne	Zakażenie wtórne
4 ropnie	1) szczęki	—	maczugowiec saprofit.
	2) ręki	gronkowiec złoty	pałeczka okrężn.
	3) sutka	—	gronkowiec i maczugowiec saprof.
	4) brzucha	paciorkowiec	maczugowiec saprofit.
4 ropowice	1) ręki	gronkowiec złoty	maczugowiec saprofit.
	2) „	gronkowiec i maczugowiec saprof.	pałeczka ropy błękitnej
	3) „	gronkowiec i paciorkowiec	pałeczka okrężn.
	4) przedramienia	—	gronkowiec, pał. ropy błękitn. i las. G + typu *Bac. subtilis*
2 zanokcice	1) —	gronkowiec złoty	pał. odmieniec
	2) —	gronkowiec i paciorkowiec	pał. odmieniec i sześcianka

Charakterystycznem jest, iż wtórne zakażenie zjawia się częściej w ranach okolic ciała, które mimo opatrunków mają większą styczność ze światem zewnętrznym (kończyny górne), a także w ranach rozległych (ropowice) w stosunku do spraw ropnych ograniczonych (ropnie), co zgodnemby było z twierdzeniem, iż rozległość rany wpływa na częstość zakażenia wtórnego.

Streszczenie:

1) W 17.5% badanych przypadków spotykano się z zakażeniem mieszanem ropy, jeszcze przed przecięciem ropnia względnie ropowicy.

2) Mimo zaś zastosowania jaknajdalej posuniętej anty- i aseptyki przychodzi w pewnej ilości przypadków (20%—33.33%) do wtórnego zakażenia i to drobnoustrojami żyjącemi w przewodzie pokarmowym człowieka, lub najczęściej spotykanemi na powłokach zewnętrznych (patrz. tabl. Nr. IV.).

3) Na podstawie jednego przypadku nie da się stwierdzić, czy zakażenie wtórne wpływa na zaostrzenie się objawów klinicznych sprawy ropnej.

JW. Panu Profesorowi Drowi Marjanowi Gieszczykiewiczowi składam na tej drodze gorące podziękowanie, za udzielone mi cenne rady i wskazówki przy opracowaniu materjału, oraz śp. Prym. Drowi Michałowi Hladijowi za zezwolenie mi na korzystanie z materjału klinicznego.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. GELBARD. Warszawa.

Przypadek złośliwego skąpodrzewiaka (oligodendroglioma) prawego płata skroniowego [1]).

Z Kliniki Neurologicznej Uniw. Warszawskiego.
Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Symptomatologja płata skroniowego, zwłaszcza prawego jest jeszcze do dnia dzisiejszego nieustalona i wiedza neurologiczna w tej dziedzinie nie posunęła się wiele naprzód od czasów Oppenheima i Brunsa, którzy twierdzili, że nie można rozpoznać guza płata skroniowego, bo jest to okolica „niema". Wprawdzie mamy już wiele prac (Knapp, Schwab, Artom, Marburg Kolodny, Harnisch, Hauptmann, Van der Horst, Wenderovič, Herrmann) zdążających do wyodrębnienia objawów, które pozwoliłyby rozpoznać procesy, umiejscowione w płacie skroniowym, jednak naogół rozpoznanie guzów tej okolicy, o ile nie posługujemy się odmą, zazwyczaj stawiamy przez wyłączenie. Pierwszą pracę o symptomatologji guzów płata skroniowego zawdzięczamy Knappowi. W 1923 roku wyszła duża praca zbiorowa Artoma o „guzach płata skroniowego". Knapp uważa za zespół charakterystyczny dla guzów tej okolicy poza niemotą czuciową, w przypadkach guzów lewej strony, porażenie, najczęściej częściowe, trzeciej pary, ograniczające się do rozszerzenia źrenicy i lekkiego opadnięcia powieki, które często wchodzi w skład niedowładu połowiczego naprzemiennego, oraz bezład przeciwstronny, zarazem statyczny i kinetyczny, który określa jako „rzekomomóżdżkową skroniową ataksję". Cushing zwrócił uwagę na niedowidzenie jednoimienne, często kwadrantowe, które od połowiczego niedowidzenia potylicznego różni się zajęciem widzenia środkowego (Sjögren). Charakterystyczne są również napady węchowe *(uncinate fits)* Jacksona-Stewarda. Purves i Steward opisali pewne stany zamroczenia, które nazwali *„dreamy state"*. Jest to stan jakby aury intelektualnej, w czasie której chory wykonywa skoordynowane ruchy, nie zdaje sobie dokładnie sprawy z tego, co słyszy i widzi, — przytem ma wrażenie jakby przedmioty i ludzie byli bardzo oddaleni od niego (Herpin). Z dalszych prac nad guzami płata skroniowego prawego należy wymienić dzieło Schwaba. Wyodrębnił on następujący jakoby charakterystyczny zespół objawów: 1) padanie do tyłu i w stronę przeciwną do ogniska, 2) mijanie do wewnątrz kończyny przeciwstronnej oraz 3) objawy palidarne skrzyżowane, najczęściej w postaci niedowładu mimicznego n. VII. oraz hipertonji pozapiramidowej kończyn. Do objawów czasem spotykanych w guzach płata skroniowego należy makropsja, polyopsyjne zaburzenia orjentacji wzrokowej w przestrzeni i objaw t. zw. *déjà vu* (Bernt Larsson, Langhans). Z objawów bez znaczenia lokalizacyjnego wymienię: bardzo częste ogólne napady padaczkowe, porażenie przeciwstronne piramidowe; do rzadszych należą: zaburzenia czucia (Niessl v. Mayendorf), szum w uszach i zaburzenia w zakresie n. V. (Goldflam) po stronie guza w postaci neuralgji lub parestezji, najczęściej w zakresie drugiej gałązki. Niekiedy dołączają się objawy wzgórkowe lub przedsionkowe, powodując uczucie zawrotu głowy z obracaniem się przedmiotów w pewnym kierunku. Zespoły, podane przez Knappa, Artoma i innych, obok objawów ogólnych guza, pozwalają na rozpoznanie guza prawego płata skroniowego, a z tem większą łatwością guza lewego płata skroniowego, jeśli obecne są choćby dyskretne objawy niemoty czuciowej czyto w postaci afazji nominalnej Heada *(amnesia verborum)* czy też parafazji. Niestety objawy, mające znamionować guzy płata skroniowego nie są stałe i tylko w rzadkich przypadkach można stwierdzić całkowity zespół Schwaba lub Knappa, albo połączenie któregoś z objawów Schwaba z niedowidzeniem kwadrantowem lub połowiczem lub *„uncinate fits"*. Żaden poszczególny objaw z wyjątkiem niemoty czuciowej i napadów węchowych nie pozwala na bezwzględnie pewne rozpoznanie usadowienia skroniowego. Niedowidzenie jednoimienne występuje bowiem przy zmianach w płacie potylicznym, a padanie do tyłu przedewszystkiem jest charakterystyczne dla guzów tylnej jamy czaszkowej. Jedynie więc zespoły, obejmujące większą ilość ważniejszych objawów, pozwalają na postawienie trafnego rozpoznania. W praktyce zespoły skroniowe bywają bardzo różnorodne. Marburg w zależności od zespołu objawów wyodrębnia następujące typy guzów skroniowych: 1) zespół Knappa *(temporo-peduncularis)*, 2) zespół Löwensteina *(temporo-thalamicus)*, 3) zespół Schwaba *(temporo-pallidaris)* 4) typ skroniowoprzysadkowy z katapleksją i t. p. Zespoły skroniowe rzadko odpowiadają tym obrazom, które przedstawiają autorzy przeze mnie poprzednio wymieniani. Ze względu na nieuniknioną z tego powodu częstość omyłek diagnostycznych w guzach prawego płata skroniowego, pozwalam sobie przedstawić taki przypadek, nierozpoznany za życia.

Chora lat 33, przybyła do kliniki 8. XII. 1932 r. spowodu rwących, gwałtownych bólów w prawej okolicy potylicznej z wymiotami oraz szumu w uszach. Choroba rozpoczęła się nagle, 2 tygodnie przedtem. Chora pochyliła się nad dzieckiem i w owej chwili dostała zawrotu głowy, upadła i straciła na chwilę przytomność; wystąpiły wymioty. Drgawek nie miała. Po $1^1/_2$ godziny wstała, czując się zupełnie dobrze. Od tego czasu ma bóle i zawroty głowy oraz szum w uszach. Przedmioty widziane olbrzymieją jej w oczach i mnożą się: np. zamiast jednego drzewa widzi 3—4 olbrzymie drzewa. Dwukrotnie miała jakieś napady, w czasie których cała była zdrętwiała, nie mogła poruszać kończynami i „nic nie czuła". Pozatem nic jej nie dolega. Była zawsze zdrowa. Od 3 miesięcy zauważyła, że gorzej widzi okiem lewem, zwłaszcza o zmroku: źle odróżnia tem okiem przedmioty, źle ocenia odległość tak, że np. wpada na drzewo, a raz omal nie wpadła pod auto, bowiem zdawało jej się, że jest ono jeszcze daleko. Od 3 miesięcy ma szum w uchu lewem i z tego powodu gorzej słyszy na to ucho.

Stan obecny: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Odżywienie podupadłe. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości. Mocz bez zmian. We krwi objawy lekkiej niedokrwistości wtórnej.

Neurologicznie stwierdza się tkliwość prawej okolicy potylicznej przy opukiwaniu. Źrenica prawa szersza od lewej, przy patrzeniu w lewo w krańcowem ustawieniu drobny poziomy oczo-

[1]) Według wykładu wygłoszonego w Sekcji Neurologicznej XIV-ego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

pląs. Na dnie prawego oka tarcza blada, po lewej stronie rozpoczynająca się tarcza zastoinowa. Osłabienie dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego. Lewy błędnik nieco gorzej pobudliwy od prawego. Język wygładzony, żywo czerwony. W kończynach górnych poza hipotonją i śladem bezładu w kończynie górnej lewej zmian się nie stwierdza. Odruchów brzusznych brak. Kończyny dolne bez zmian. Zaznaczona sztywność karku. Przy próbie Romberga chwieje się w tył i w lewo. Płyn mózgowo-rdzeniowy pod każdym względem prawidłowy. Ciśnienie 290 mm w pozycji leżącej. Wassermann w płynie i we krwi ujemny. Po punkcji, przy której upuszczono 10 cm^3 płynu, wystąpiła natychmiastowa wybitna poprawa. Chora, która do nakłucia zachowywała się bardzo niespokojnie, ciągle jęcząc, po nakłuciu uspokoiła się odrazu i zażądała natychmiastowego wypisu do domu. Stan ten utrzymywał się przez 10 dni, poczem nastąpiło raptowne pogorszenie. Zjawiły się nowe objawy w postaci napadów krótkotrwałej utraty przytomności, które występowały zwłaszcza przy pochylaniu głowy do przodu, napadów swędzenia u nasady nosa i kakosmji, parestezji w kończynach, przeraźliwych krzyków, stałego uczucia zimna oraz wrażenia zawadzania w gardle. 24. XII. stwierdzono jednoimienne niedowidzenie połowicze. 2. I. wystąpiło raptowne pogorszenie wzroku na obu oczach. 7. I. chora widziała jedynie światło a 12. I. straciła poczucie światła na obu oczach. Jednocześnie znikły odruchy rogówkowe. Z początkiem stycznia zjawił się objaw Kerniga, sztywność karku nasiliła się. Szum w uszach narastał, słuch pogarszał się. Wystąpił niedowład spojrzenia w lewo. Zjawiła się pareza ksobna kończyn dolnych, początkowo prawej. Odruchy na kończynach dolnych zaczęły znikać, naprzód na lewej kończynie. Chora otrzymała I. serję naświetlań rentgenowskich na okolicę komory IV. bez jakiejkolwiek poprawy. W tym okresie obserwacji przy próbie mijania kończyna górna prawa zbaczała do wewnątrz. Zjawiło się usztywnienie głowy w nadmiernem wyprostowaniu z lekkim skrętem w prawo. Wykonano parokrotnie nakłucie lędźwiowe, otrzymując płyn mózgowo-rdzeniowy pod coraz większem ciśnieniem. Przy tych nakłuciach Queckenstedt wypadał stale patologicznie. W płynie stwierdzało się dodatnie odczyny globulinowe i wzrastającą zawartość białka przy normalnej ilości ciałek. Od pierwszych dni stycznia chora przestała wstawać, gdyż postawiona na nogi nie mogła utrzymać równowagi i wprost waliła się całem ciałem w tył i w lewo. W 2. połowie stycznia miała chora parokrotnie napady opuszkowe z sinicą, dusznością, oddechem Cheyne-Stokesa oraz miękkiem, przyśpieszonem, nieregularnem tętnem. Hipotonja kończyn wzmagała się. Dołączyły się zaburzenia psychiczne w postaci zamroczenia, podniecenia i halucynacyj wzrokowych. Zjawiły się trudności w połykaniu, bóle brzucha i w kiszce stolcowej. Wystąpił niedowład obwodowy lewego n. VII, potem ruchowej gałązki prawego n. V i obu nerwów odwodzących. Lewy błędnik stał się zupełnie niepobudliwy. Wreszcie rozwinęło się porażne zapalenie rogówki na obu oczach. Ostatnie nakłucie z dn. 21. II. wydobyło płyn żółtawy z dodatniemi odczynami globulinowemi i wzmożoną ilością białka. Ilość ciałek była prawidłowa.

Po 3 miesiącach trwania choroby chora zmarła wśród objawów wyniszczenia wskutek porażenia ośrodka oddechowego. Przez cały czas obserwacji temperatura nie przekraczała 37°.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Processus diffusus meningum cerebrospinalium praecipue angulorum pontis. (Cysticercosis? Neoplasmatosis?).*

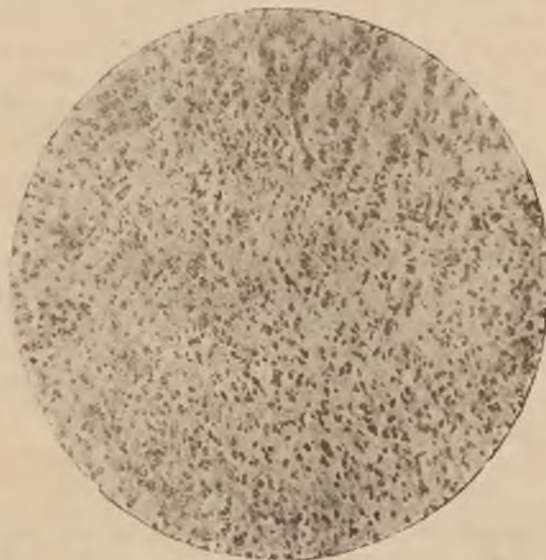
Badanie anatomiczne: makroskopowo na sekcji stwierdzono: zgrubienie opon miękkich mózgu i rdzenia, spłaszczenie zawojów, wygładzenie rowków, bardzo znaczne jednakowe rozszerzenie komór bocznych i III. i wodociągu Sylwjusza. Do światła IV. komory sterczał ze splotu guzek; komora ta była częściowo zarośnięta przez luźne zrosty. W obrębie płata skroniowego prawego znajdował się guz wielkości małego jabłka. Guz leżał w miejscu przejścia rogu dolnego w róg tylny, zajmując cały przekrój płata skroniowego. Znaczna część guza była zajęta przez krwotok. Guz niszczył: istotę białą płata skroniowego, dochodząc pod wyściółkę rogu dolnego komory bocznej. Nie odgranicza się wyraźnie. Ku górze szerzy się na przedmurze, torebkę zewnętrzną, łupinę i kulę bladą.

Do badania mikroskopowego wzięto skrawki z samego guza jak również z miejsca krwotocznego, z rdzenia lędźwiowego i piersiowego, z opony miękkiej z głębiny szczeliny Sylwjusza, z IV. komory, z pnia mózgowego na poziomie wodociągu Sylwjusza, ze skrzyżowania nerwów wzrokowych, ze zwojów podstawnych oraz z rozmaitych odcinków kory. Skrawki zabarwiono metodami: hematoksyliną - eozyną, Van Giesona, Nissla, Heidenhaina, Bielschowskyego, Perdrana, Cajala, Hortegi (na trzeci element), Manna, Penfielda, Kanzlera - Kufsa, Holzera i Malloryego na glej.

Na skrawku czołowym z okolicy domniemanego krwotoku, przechodzącym przez tylne części wzgórza wzrokowego, stwierdza się rozległe ognisko, obejmujące tylne części torebki wewnętrznej. Ognisko to dośrodkowo graniczy z wielkokomórkowem dolnem bocznem jądrem wzgórza, bocznie sięga do tylnych części łupiny, ale w to jądro bezpośrednio nie wchodzi, od dołu graniczy z górną ścianą rogu dolnego. W środku ogniska znajdują się liczne, ułożone koło siebie, krwinki oraz bardzo szerokie naczynia z zakrzepami w początkowym okresie organizacji. Naczynia, mieszczące się w środku ogniska, wykazują martwicę ścian, nigdzie jednak nie stwierdza się przerw w ścianach naczyń. Dookoła krwotoku liczne makrofagi oraz wybitna łącznotkankowa organizacja. W brzeżnych partjach naczynia mają ściany przerosłe (głównie w obrębie przydanki, w mniejszym stopniu mięśniówki), jak w przeroście wyrównawczym. Jeszcze dalej ku brzegom ogniska głównie od strony wzgórza i od dołu spotyka się skupienia komórek nowotworowych. Masy nowotworowe przechodzą i wypełniają szczelinę poboczną i wydostają się na powierzchnię zawoju wrzecionowatego. Skutkiem wylewu i obrzęku cała okolica z ogniskiem zajmuje znacznie większą przestrzeń niż normalnie i zniekształca układ jąder głównie wzgórza, wypychając je ku górze i ku środkowi.

Objęte zniszczeniem na tym przekroju są: jądro podwzgórza Luysa, w którem można rozpoznać poszczególne zaledwie komórki; całkowicie zniszczone jest pasmo wzrokowe i dolna tylna część torebki wewnętrznej. Ponieważ skrawek przeprowadzony jest nieco skośnie, przeto zniszczona może być część włókien z pola Wernickego. Róg dolny jest zniekształcony.

W skrawkach, barwionych metodami Manna, v. Giesona, Malloryego i hematoksyliną-eozyną, z okolicy tuż poza krwotokiem, stwierdza się następujące utkanie guza. W środku dość gęsto i bezładnie ułożone, zwykle nagie jądra, rozmaitej wielkości, bardzo ciemne obok jaśniejszych i zupełnie jasnych. Przeważają jądra owalne, dość częste są jądra niekształtne, rzadkie okrągłe. Wśród nich wiele skupień po kilka do kilkunastu jąder, obok siebie i na sobie leżących, zazwyczaj nieujętych wspólną plazmą. Mitoz znaleźliśmy tutaj zaledwie kilka. Naokoło tego ośrodka bujania leży pas tkanki, złożony z niezbyt gęsto ułożonych typowych komórek oligodendrogljomatu: jasne okrągłe jądra dość małe, bez jąderek, w niezabarwionych, sporych jamkach leżące. Na obwodzie jamek zaródź ziarnisto-włókienkowa tworzy siatkę, w okach której mieszczą się jądra. Na obwodzie tego utkania

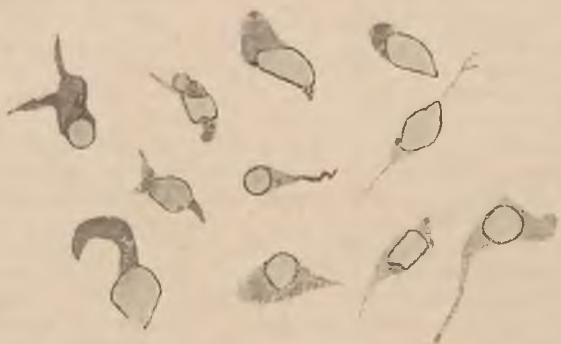


Ryc. 1. Rozp. Oligodendroglioma. Skrawek z guza zabarwiony van Giesonem.

na przejściu do normalnej budowy leży obraz tkanki nowotworowej zmieszany z odczynowo wybujałym glejem: dość liczne komórki glejowe tuczne i astrocyty dobrze wykształcone oraz w klazmodendrozie. Naczynia zachowują się normalnie za wyjątkiem jednego miejsca z pomnożeniem małych naczyń, pogrubieniem ścian i z fibroblastami okolicy najbliższej naczyń. Gdzieniegdzie tylko spotyka się w guzie miejsca zajęte lekkiem stłuszczeniem komórek nowotworowych (Ryc. 1.).

Metodami szczególnemi nie udało się uzyskać różniczkowego zabarwienia oligodendrogleju. W preparatach Dubrawskyego uderza w tkance nowotworowej dość znaczna ilość komórek, przypominających oligodendrocyty. Jądra ich są puste, barwi się tylko otoczka i to bardzo wyraźnie. Jądra są naogół owalne i najczęściej małe, lub podługowate, czasem w postaci większych kul. Dość często nagie, często ze skąpemi, krótkiemi, cienkiemi, nawet

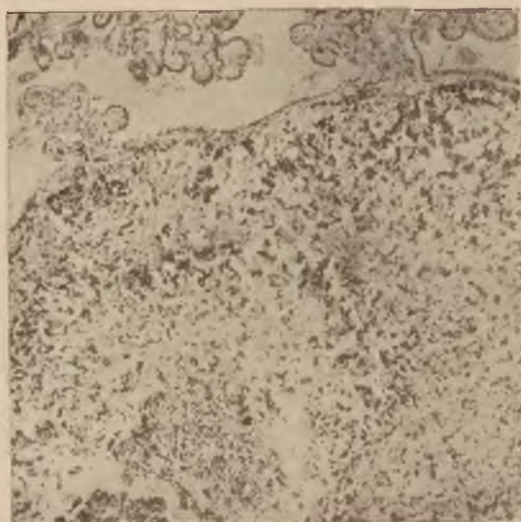
nitkowatemi wypustkami. (Ryc. 2.). Te same ciała barwią się lekko żółtawo z połyskiem, załamując nieco światła w preparatach według v. Giesona i Malloryego. Prawdopodobnie opisane twory odpowiadają pewnej postaci zwyrodnienia oligodendrocytów, dotyczące szczególnie ich jąder. W skrawkach barwionych ostatnio wymienionemi metodami jest ich pozornie mniej niż w preparatach Dubrawskyego, ponieważ cień ich bardzo słabo albo wcale się nie podbarwia.



Ryc. 2.

W środku złośliwego bujania niema włókien glejowych, w części bardziej zewnętrznej ze zwykłym rozrostem oligodendrogljomatycznym znajduje się minimalna ilość włókienek, barwiących się sposobem Holzera, natomiast jest ich znacznie więcej w zupełnie brzeżnej warstwie odczynowej, gdzie tworzą delikatną siateczkę i skupiają się gęściej koło astrocytów.

Opony miękkie w okolicy rowka Sylwjusza są silnie nacieczone masami nowotworowemi, które na substancję mózgową nie przechodzą. Naciek składa się miejscami z jasnych, krągłych, dosyć małych jąder, przy których rzadko spotyka się nieco plazmy. Czasem z zarodzi odchodzą krótkie wypustki nakształt gwiazdy. W innych miejscach ciemne i jasne okrągłe jądra tworzą skupienia bardzo zbite w kępy okrągławe, rzadziej pasmowate, w których jądra wnurzają się w masę ciemno barwiącej się symplazmy. Część tych skupień mogłaby odpowiadać komórkom olbrzymim. Zrąb łącznotkankowy naczyniówki miejscami silnie rozrosły.



Ryc. 3. Splot naczyniasty IV komory. Ob. 3 × ok. IV. Nissl. Rozp. Oligodendroglioma.

W oponach kąta nacieki nowotworowe wchodzą gdzieniegdzie w korzonki nerwowe oraz wkraczają wąskim pasem do rdzenia przedłużonego, odpowiednio do całej wewnętrznej granicy ciała powrózkowatego jednej strony, wywołując w pobliżu odczynowe bujanie makrogleju.

Opony rdzenia mieszczą wszędzie skąpe nacieki nowotworowe, najobficiej na tylnej powierzchni rdzenia. Nacieki gromadzą się w pewnej odległości od naczyń, na ściany nie przechodzą. Przedstawiają jakby czystą hodowlę skąpodrzewiaka niezatartą przez objawy silniejszego spęcznienia komórek. Plazma oligodendrocytów, zepchnięta ku obwodowi, spotyka się tam z podobnie usuniętą nazewnątrz zarodzią komórek sąsiednich. W ten sposób powstają linje zagęszczenia zarodzi, złożone z fragmentów półokrągłych, łukowatych i falistych a często szereg takich linij równoległych. Obrazy te przypominają układ łusek na powierzchni ciała ryb lub układ giętych dachówek. Miejscami duże lub olbrzymie jądra. Mitoz bardzo mało.

Nieco odmiennie wygląda tkanka nowotworowa w przerzucie do splotu naczyniastego komory IV. (Ryc. 3). Widzimy tu grupy okrągłe lub pasmowate dość gęstych skupień ciemnych i jasnych jąder zawierających czasem rzekome jąderka, wśród nich niektóre duże, okrągłe lub niekształtne. Skupienia te leżą we wspólnej, ciemno barwiącej się zarodzi, przegradzane od siebie jakby wolnemi, szerokiemi przestrzeniami, w których spotyka się tylko nieliczne jądra, porozrzucane zdala od siebie. Używając silniejszych powiększeń można stwierdzić, że te szerokie przegrody niezabarwione zajmuje siatka o dużych okach. W środku każdego oka siatki leży jądro. Mamy więc przed sobą obraz niezwykłego, niemal monstrualnego spęcznienia komórek oligodendrogleju, leżących po brzegach gniazd i pasów ciemnej symplazmy. Z pierwoszczy okrągłych komórek pozostały tylko cienkie nitkowate brzeżki, łączące się razem w sieć.

Dok nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jan ROGUSKI. Warszawa.

Prosówka gruźlicza w przebiegu przewlekłej niewydolności krążenia.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

Dobrze znany jest antagonizm pomiędzy gruźlicą, a chorobami gośćcowemi: chory na gruźlicę tylko wyjątkowo zapada na ostry gościec stawowy. Tem bardziej zdumiewające są spostrzeżenia Löwensteina, który stwierdza w wysiękach stawowych u chorych na gościec prątki gruźlicze. Jeszcze rzadziej, a może nawet wogóle nie spotyka się zajęcia gośćcowego zastawek serca u chorych na gruźlicę. Wreszcie chorzy z nabytemi wadami serca, a zwłaszcza ze zwężeniem lewego ujścia żylnego rzadko zapadają na gruźlicę płuc.

Dlatego też obserwowane przez nas 2 przypadki gruźlicy prosówkowej w przebiegu przewlekłej niewydolności krążenia na tle zmian zastawkowych zasługują na omówienie.

Przypadek I. Chora Fr. K., wdowa, lat 50, z zawodu kucharka (L. Dz. 3365/177 z r. szk. 1929/30) przybyła do kliniki dnia 12. X. 1929 spowodu bardzo znacznych obrzęków, duszności oraz kaszlu. Duszność wysiłkową miała, jak podaje, od roku. Choroba obecna, według chorej, rozpoczęła się w czerwcu 1929 od obrzęków goleni. Obrzęki stopniowo się wzmagały i rozszerzyły na uda i powłoki brzuszne; pojawiła się stale wzrastająca duszność, związana początkowo z wysiłkiem, potem zaś trwająca stale. W końcu sierpnia tegoż roku chora miała atak silnej duszności z uczuciem zamierania serca oraz drętwieniem lewej ręki i lewego uda. Od tygodnia zmniejszyła się ilość moczu.

Kaszle i odpluwa od 6 lat; ostatnio kaszel się wzmógł, a ilość plwociny zwiększyła się. Apetyt ma upośledzony. Wzdęcia brzucha po jedzeniu. Stolec miała dawniej regularny, obecnie zaparcia naprzemian z biegunkami. Przed kilku miesiącami widziała w kale kawałek poruszającego się tasiemca. W związku z obrzękami odczuwa silne swędzenie skóry.

Pierwsza ciąża skończyła się prawidłowym porodem, dziecko zmarło w 24 roku życia na tyfus; druga ciąża — poronienie w 6 miesiącu. Od tej pory chora w ciążę nie zachodziła.

W dzieciństwie przebywała odrę, w 12 r. życia dur brzuszny, w 25 — błonicę. W 30 r. życia jakoby niedrożność jelit, która ustąpiła bez operacji.

Przedmiotowo. Wzrost wysoki, waga 94,1 kg. Budowa ciała mocna, prawidłowa. Skóra śniada, sinawa. Ciepłota ciała 36,2°. Na kończynach dolnych znaczne obrzęki, przechodzące na tułów. Mięśnie słabo rozwinięte. Odżywienie dobre.

Liczba oddechów 32 na minutę. Na szyi wyraźnie widoczne tętnienie tętnic. Odgłos wypukowy nad klatką piersiową jawny z odcieniem bębenkowym. Szmery oddechowe zaostrzone; na całej przestrzeni furczenia i świsty. U podstawy obu płuc od tyłu słychać rzężenia drobnobańkowe niedźwięczne. Rozmiary serca (stłumienie bezwzględne): górna granica na górnym brzegu IV żebra, lewa $1^1/_2$ palca nazewnątrz od linji środkowo-obojczykowej lewej, prawa w prawej linji mostkowej. Nad koniuszkiem serca 2 tony głuche i podmuch skurczowy; w drugiem międzyżebrzu prawem przy mostku szorstki szmer skurczowy, przenoszący się na obojczyki, słyszalny i na górnych kręgach piersiowych oraz podmuch rozkurczowy. Tonów nie słychać. Na tejże

wysokości po stronie lewej szmer skurczowy i słabszy rozkurczowy. Czynność serca przyśpieszona, niemiarowa.

Tętnice promieniowe niewyczuwalne poza okresem skurczu serca. Tętno chybkie, niemiarowe, średnio napięte i wypełnione, 84 na minutę.

Znaczny obrzęk powłok brzusznych nie pozwala zbadać jamy brzusznej. Puchliny brzusznej niema.

Odruchy kolanowe prawidłowe.

Ilość dobowa moczu początkowo poniżej 500 cm^3; białka 0,5‰, w nielicznym osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, do 30 krwinek białych w polu widzenia.

Mocznik we krwi 78 mg w 100 cm^3. Współczynnik załamania światła surowicy 54 (odpowiada 6,98% białka). Odczyn Bordet-Wassermanna w surowicy krwi +++.

Po zastosowaniu naparstnicy oraz środków moczopędnych obrzęki się nieco zmniejszyły.

Badanie rentgenoskopowe klatki piersiowej, wykonane 23. X. stwierdziło znaczne powiększenie serca o ukształtowaniu aortalnem, znaczne rozszerzenie tętnicy głównej; podejrzenie na zawał dolnego prawego płata oraz płyn w prawej opłucnej w nieznacznej ilości.

Ciśnienie tętnicze krwi wahało się od 180/55 do 235/60.

Po zmniejszeniu się obrzęków można było wyczuć wątrobę, sięgającą na 2 palce powyżej linji pępkowej, twardą, gładką, niebolesną.

Zawartość białka w moczu wahała się, sięgając do 5‰. Ciężar właściwy wahał się od 1,010 do 1,015.

W plwocinie niekiedy krew żywo czerwona. W dniach, w których ilość moczu się zmniejszała, pojawiały się biegunki. W jamie brzusznej stwierdzano przejściowo płyn wolny w nieznacznej ilości. W marcu wystąpiła czyraczność.

Ciepłotę chora miała naogół prawidłową. 10. i 11. XI. miała wzniesienie ciepłoty, niedochodzące do 38°. 20. I. 1930 wzniesienie do 37,4°. W lutym zaczęły się pojawiać podskoki ciepłoty nieco powyżej 37°, a w marcu w okresie czyraków podskoki sięgały kilkakrotnie 38°. Podobnie ciepłota zachowywała się aż do chwili zejścia, t. j. do 14. IV. 1930 roku.

Łącznie z leczeniem niewydolności krążenia chora otrzymywała łagodne leczenie przeciwkiłowe neosalwarsanem w dawkach, nieprzekraczających 0,3; ogółem otrzymała 3,6 g.

Przypadek ten klinicznie był dość banalny. Przewlekła ciężka niewydolność krążenia powstała w związku z kiłą tętnicy głównej. Niewydolność krążenia w ciągu półrocznego pobytu chorej w klinice nie dała się nawet na krótko całkowicie wyrównać.

Rewelacją też był wynik badania anatomo-patologicznego, które wykryło, co następuje (Zakł. Anat. Pat. U. W.):

Tbc miliaris peritonei, pulmonum, lienis. Pleuritis tbc serosofibrinosa ambilateralis. Lymphadenitis tbc colli et mediastini et retroperitonei. Ulcus tbc inveteratum ilei. Hypertrophia excentrica cordis totius praecipue dextri. Cicatrisatio cum calcificationibus valvulae mitralis. Aortitis luica et atherosclerosis cum calcificationibus. Adhaesiones pleurales. Nephrosclerosis benigna. Induratio lienis et hepatis. Anasarca.

Jak widać z tego, w przebiegu niewydolności krążenia powstała prosówka gruźlicza. Punktem wyjścia służyło zapewne stare owrzodzenie gruźlicze jelita cienkiego. Być może, iż przebyte przez chorą przed 20 laty objawy „niedrożności jelit" zależały od czynnej wówczas sprawy gruźliczej w jelitach. Zwraca uwagę zupełnie prawie bezgorączkowy przebieg prosówki.

Przypadek II. Chory Fr. M., lat 56, z zawodu telegrafista, był w naszej obserwacji z krótką przerwą w ciągu roku.

Po raz pierwszy przybył do kliniki 9. VI. 1931 r. spowodu ogólnego osłabienia i obrzęków na kończynach dolnych. Chorować zaczął w roku 1927 jakoby po upadku z drabiny. Po 6 dniach od upadku zaczął silnie kaszlać; zauważył wówczas krew w plwocinie. Z tego powodu przebył wówczas kilka miesięcy w pierwszej Klinice Chorób Wewnętrznych w szpitalu św. Ducha. W czasie pobytu w tamtej klinice pojawiła się duszność stała, wzrastająca w czasie chodzenia, ostatnio przybrała charakter napadowy. Obrzęki po raz pierwszy pojawiły się w 1929 r.; od tej pory ponawiały się co parę miesięcy, trwały coraz dłużej, a od grudnia 1930 r. nie ustępują. Od 1925 r. miewa kłucia w okolicy sercowej. Od 29 roku życia kaszle i nieco odpluwa. Od kilku lat cierpi na krwawiące guzy krwawnicze. Niekiedy odczuwał kłucie w cewce moczowej podczas oddawania moczu. Gorączki nie miewał. Od roku co pewien czas miewa poty nocne.

Żona chorego miała 2 poronienia sztuczne i 6 porodów prawidłowych. 3 dzieci zmarło przed ukończeniem 1½ roku życia (pierwsze skolei na „skrofulozę", 4 i 5 z przeziębienia).

W 26 roku życia przechodził wiewór. Od 27 roku życia miewał corocznie zapalenia migdałków podniebiennych. W 1930 roku przechodził operację przepukliny kresy białej. Przed paru laty stwierdzano w moczu cukier.

Przedmiotowo w dniu przybycia chorego do kliniki stwierdziliśmy:

Wzrost średni. Waga 68 kg. Palce i golenie sinawe. Liczne potówki. Obrzęki na kończynach dolnych wznoszą się na tułów aż do dolnych kręgów piersiowych. Ciepłota ciała 36,2°.

Klatka piersiowa rozedmowa. Odgłos wypukowy wszędzie jawny, w dolnych częściach z odcieniem bębenkowym. Szmer oskrzelowy pęcherzykowy zaostrzony z wydłużonym wydechem i rozlanemi świstami i furczeniami. W dole od tyłu po obu stronach rzężenia drobnobańkowe niedźwięczne. Serce przykryte. Tony wszędzie głuche. Czynność serca niemiarowa, 86 na minutę. Szmer skurczowy szorstki, słyszalny między linją mostkową a sutkową lewą najlepiej w IV międzyżebrzu. Tętnice promieniowe stale wyczuwalne, kręte; t. ramieniowe stale wyczuwalne. Tętno niemiarowe, średnio wypełnione. Elektrokardjogram wykrył migotanie przedsionków.

Wątroba w linji sutkowej prawej sięga na 2 palce poniżej linji pępkowej; w linji środkowej 1 palec powyżej pępka. Powierzchnia jej gładka, twarda, bolesna. Śledziona niewyczuwalna. W moczu 0,18‰ białka, wzmożona urobilina, w osadzie 3—8 leukocytów, 2 wałeczki szkliste w p. w., 1 wałeczek ziarnisty w preparacie.

Stan chorego pod wpływem leczenia naparstnicą i środkami moczopędnemi (salirgan, neptal, diuretyna) poprawił się. Białkomocz ustąpił, obrzęki znikły. W czasie pierwszego pobytu w klinice chory ani razu nie miał ciepłoty, sięgającej 37°, miał raczej skłonność do hipotermji. Rentgenologicznie stwierdzono w prawej opłucnej nieznaczną ilość płynu, płuca bez zmian. 24. VII. 1931 r. chory wypisał się w stanie zdrowia zadawalającym.

9. XII. 1931 r. zgłosił się powtórnie do kliniki z obrzękami kończyn dolnych, w okolicy krzyżowej oraz płynem wysiękowym w lewej opłucnej. 13. XII. 1933 wypuszczono choremu 800 cm^3 płynu o c. wł. 1,018, zawartości 4,2% białka, z dodatnią próbą Sochańskiego i Rivalty; w osadzie 86,4% limfocytów, 13% obojętnochłonnych i 0,6% monocytów. Po wypuszczeniu płynu pojawiło się po tej stronie tarcie opłucnej.

16. XII. pojawiło się na rozległej przestrzeni tarcie osierdziowe. W tym czasie chory miał stany podgorączkowe (do 38°). Po 10 dniach gorączka się zmniejszyła, po miesiącu ustąpiła zupełnie, dając zrzadka tylko niewielkie wyskoki (poniżej 38°). Łącznie z pojawieniem się objawów zapalenia błon surowiczych i gorączki znikły obrzęki, przy jednoczesnem podawaniu naparstnicy oraz kilkakrotnem zastosowaniu salirganu (neptalu). Choremu dokuczały silnie krwawiące guzy odbytnicy.

W zakresie narządu oddechowego stwierdzaliśmy stałe prawie furczenia i świsty. W styczniu 1932 r. tarcie opłucne po stronie lewej oraz osierdziowe ustąpiło. W tym czasie wyczuć można było śledzionę, wychodzącą na 1 palec spod łuku żebrowego, twardą, gładką, niebolesną.

26. I. 1932 pojawiło się tarcie opłucne po stronie prawej pod kątem łopatki oraz rzężenia drobno-bańkowe i średnio-bańkowe w znaczniejszej ilości, niedźwięczne. Liczba skurczów serca wzrosła w tym czasie, mimo stałego prawie leczenia naparstnicą, do 180 na min. przy bardzo znacznej liczbie skurczów daremnych. W ciągu kilku tygodni ciepłota utrzymywała się naogół w granicach prawidłowych, z paroma nieznacznemi wyskokami. Choremu dokuczał kaszel, poty. W plwocinie prątków Kocha nie wykryto. Obrzęków nie było. Liczba skurczów serca pomimo podawania naparstnicy nie obniżyła się poniżej 140 na min. Sinica wzrastała. Duszność pozbawiała chorego snu.

Wobec utrzymującego się stłumienia po stronie lewej, wykonano 19. III. 1932 roku ponownie nakłucie i wypuszczono 500 cm^3 płynu o c. wł. 1,014; płyn zawierał 3,14% białka, próby Sochańskiego i Rivalty wypadły słabo dodatnio; w osadzie 97% limfocytów i 3% obojętnochłonnych.

Choremu dokuczały coraz bardziej poty, silne pragnienie, suchość w ustach.

Mocz bez białka, o c. wł. 1,021—1,024, bez składników patologicznych.

W pierwszych dniach maja 1932 roku pojawiły się krótkotrwałe obrzęki. W tymże również czasie ustąpiły dopiero tarcia opłucne po stronie prawej. Chory stał się senny.

W końcu maja odpluwał plwocinę krwawą, niezawierającą prątków kwasoopornych.

Co się tyczy ciepłoty ciała, to w końcu maja pojawiły się podskoki, sięgające niekiedy dość znacznej wysokości (39°); przebieg ciepłoty był nieprawidłowy ze znacznemi spadkami, połączonemi z potami.

W dniu 7. VI. 1932 wykonano ostatnie prześwietlenie klatki piersiowej, które stwierdziło znaczne powiększenie serca

o ukształtowaniu mitralnem, zrosty lewej opłucnej; w zakresie prawego płata dolnego oraz w okolicy przywnękowej kilka różnej wielkości okrągławych, mało intensywnych ognisk cieniowych o nieostrych granicach.

Tegoż dnia o godz. 12 w nocy chory zmarł.

U chorego tego rozpoznaliśmy przewlekłe zmiany chorobowe w mięśniu sercowym *(myocarditis chronica)*. Aczkolwiek stwierdzaliśmy wyraźny szmer skurczowy o charakterze szorstkim na znacznej powierzchni klatki piersiowej, to jednak, ze względu na zmiany mięśnia sercowego, późny wiek chorego, w którym powstało zaburzenie wyrównania krążenia, obecność rozedmy i stwardnienia tętnic, uważaliśmy, że wady organicznej serca raczej niema.

Chory nasz miał ciężkie objawy zaburzenia wyrównania. W przebiegu przewlekłej niewydolności krążenia powstało zapalenie błon surowiczych (obu opłucnych i osierdzia). Sprawy chorobowe rozgrywały się u osobnika z lekką cukrzycą (wysoki poziom krzywej glikemicznej i kwasu mlecznego); chory ten w myśl reguły, podkreślonej przez Fliederbauma, stracił z chwilą powstania niewydolności krążenia cukromocz.

Zwracały naszą uwagę częste gorączki z silnemi potami w ostatnim miesiącu życia chorego, oraz równocześnie bardzo znacznie przyśpieszona czynność serca. W tym czasie, wraz z widocznem pogorszeniem się ogólnego stanu, upadkiem sił, znikły prawie zupełnie obrzęki. Nie można tego było łączyć z działaniem naparstnicy, bowiem nie wywierała ona już zupełnie wpływu na częstość skurczu serca.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało (Zakł. Anat. Pat. U. W.):

Thrombi ramorum singularium a. pulmonalis (infarctus nascentes loborum inferiorum). Steatosis non magna myocardii; hypertrophia excentrica cordis, praecipue dextri (et atrii sinistri). Cicatrisatio cum calcificationibus v. mitralis cum stenosi ostii. Tbc miliaris pulmonum, hepatis, lienis, renum, peritonei, lymphoglandularum mediastini et abdominis. Foci minusculi calcificationis (tres) in lobo inferiore pulm. d. Anthracosis lymphoglandularum mediastini. Adhaesiones pleurales, pericardiales, singulares in abdomine. Tonsillitis chr. Polypi (tres) crassi. Atrophia lipomatosa pancreatis. Arteriosclerosis l. gr. centralis. Sclerosis ramorum a. pulmonalis. Induratio fusca pulmonum, cyanotica hepatis, lienis, renum. Tracheobronchitis catarrhalis. Hydrothorax, ascites.

Jak widać, w obu przypadkach mieliśmy do czynienia z przewlekłą niewydolnością krążenia, powstałą w związku z wadą serca: w pierwszym przypadku — zastawek tętnicy głównej, w drugim zaś — zastawki dwudzielnej. Oba przypadki obserwowaliśmy długo (pierwszy pół roku, drugi zaś rok). W obu kres życiu położyła ostra gruźlica krwiopochodna o charakterze uogólnionej prosówki. W obu, a zwłaszcza w drugim, wysianie się prosówki poprzedziła prawdopodobnie gruźlica błon surowiczych. Punktem wyjścia w pierwszym przypadku było zapewne stare, wygojone owrzodzenie gruźlicze jelita.

Takie zejście przewlekłej niewydolności krążenia należy do rzadkości. Należy podkreślić, że oba te przypadki leczone były, prócz naparstnicy, środkami moczopędnemi rtęciowemi. Prawdopodobnie też dzięki nim udało się, mimo bardzo ciężkiego niewyrównania, utrzymać je tak długo przy życiu. Prawdopodobnie dawniej chorzy ci zginęliby wcześniej. Życie ich zostało przedłużone, jednak oporność ustroju wyczerpała się długiem zmaganiem się z niewydolnością krążenia. Być może, że to było przyczyną ostrego przebiegu gruźlicy u naszych chorych.

Zwrócić należy uwagę, że oboje nasi chorzy byli w wieku dojrzałym (50 i 56 lat), w którym prosówka gruźlicza należy do rzadkości. Przebyta przewlekła niewydolność krążenia niejako ich odmłodziła pod względem alergji. Znaleźli się ponownie w położeniu ustroju dziewiczego w stosunku do gruźlicy.

Wreszcie przebieg prosówki w obu naszych przypadkach cechował się bardzo małym odczynem gorączkowym. Zwłaszcza pierwszy przypadek możnaby niemal zaliczyć do prosówki zimnej.

Zestawienie nasze służyć może za przyczynek do rokowania w przewlekłej niewydolności krążenia. Jest motywem do ilustracji, stwierdzającej, że obecnie chorzy z przewlekłą niewydolnością krążenia umierają nieraz, że się tak wyrazimy, na sucho. Znacznie rzadziej bowiem dziś nie udaje nam się zwalczyć jednego z podstawowych objawów przewlekłej niewydolności krążenia, — obrzęków, które nie mogą obecnie zupełnie służyć za miernik ciężkości zaburzenia wyrównania.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI. Lwów.

Projekt reformy studjów lekarskich.

Dlaczego obecne studja powinny być zreformowane?

1) Materjał studentów, obierających studja lekarskie, nie jest odpowiednio dobrany i przygotowany przez szkołę średnią.

Obecnie student kończący medycynę nie umie sobie nawet wytłumaczyć pochodzenia wyrazów, jak anatomja, patologja, farmakologja, chirurgja, ortopedja, stomatologja, ginekologja, diagnoza, prognoza, terapja, hemoliza i t. d., pomimo że 5½ roku chodził na medycynę. Braki te stwierdzić można na 10 studentów w 7-miu przypadkach.

2) Program obecny studjów lekarskich jest ściśle nakreślony, uniemożliwia wszelką swobodę w studjach akademickich i zmusza kandydata już od 1. trymestru do wyłącznego zajmowania się medycyną. Nastawienie umysłów na egzaminy roczne uniemożliwia wszelkie zajmowanie się innemi gałęziami wiedzy i powoduje kompletne zacieśnienie zainteresowań. O ile wykształcenie w szkołach średnich w ostatnich latach ma charakter ogromnie uniwersalny, współczesny i przytem ogromnie pobieżny, o tyle studja lekarskie stanowią dla młodego umysłu studenta wprost przeciwną ostateczność: wszystko, cokolwiek nabył uczeń przed maturą, zostaje wyeliminowane tak dalece, że lekarz po ukończonych egzaminach po 6 latach zapomina nawet, jak się nazywają stolice krajów europejskich, najważniejsze dzieła pisarzy polskich i literatury światowej, staje się zupełnym kaleką umysłowym odnośnie do innych gałęzi wiedzy. Stwierdziłem to niejednokrotnie u lekarzy podczas egzaminów kwalifikacyjnych, przeprowadzanych dla przyszłych kandydatów stomatologji. Nie można przypuścić, ażeby wszyscy studenci medycyny byli tak bardzo ograniczeni, jest jednak faktem, że studja lekarskie, według systemu obecnego, przez 5⅓ roku zdołały im wymieść z mózgu wszystkie poprzednio nabyte wiadomości, a nawet umiejętność czterech głównych działań matematycznych, mnożenia, dzielenia, dodawania, odejmowania, operowania cyframi decymalnemi, obliczania procentów i t. d. Poza końcowemi egzaminami student medycyny nie widzi nic więcej, jak tylko przyszłą walkę o byt, trudności egzystencji, wywołane nietylko ustawodawstwem społecznem, ale i zanikiem zasad etycznych i moralnych nawet w warstwach inteligencji.

Materjalistyczne nastawienie umysłu studentów medycyny staje się powodem, że nie można nawet wśród 100 wyszukać chociażby 4—5 studentów, którzyby posiadali te zalety charakteru, które są potrzebne przyszłemu pracownikowi nauki.

3) Studja lekarskie są obecnie najmniej higieniczne ze wszystkich studjów uniwersyteckich, rozpoczynają się niekiedy już o godz. 6½ rano i trwają bez przerwy do godz. 1 lub 1½ a po krótkiej przerwie południowej do godz. 6—7 wieczorem. Program studjów lekarskich jest tak przeładowany, że trudno znaleźć czas dla przedmiotów obowiązkowych w godzinach normalnych dnia, gdyż dzień pracy dla studenta staje się za krótki.

Student nie ma możności przetrawienia tego wszystkiego, co mu się daje, przerobienia całego materjału samodzielnie i uzupełnienia wiadomości z większych podręczników. Wobec groźby egzaminu rocznego, jest on zmuszony do porządkowania swoich wiadomości w mózgu zapomocą skryptów, które pisane przez studenta zawierają niekiedy błędy rzeczowe i szereg niepotrzebnych rzeczy, należących do tak zwanych kruczków egzaminacyjnych. Student opuszcza Uniwersytet bez swego najlepszego przyjaciela, t. j. bez książki, obszernego podręcznika, z którymby się był zapoznał gruntownie podczas studjów i który byłby mu najlepszym przyjacielem, towarzyszem i doradcą w praktyce późniejszej.

4) Obecny system studjów nastawił tak dalece umysł studentów na egzaminy, że studenci już z początkiem roku uważają te przedmioty za drugorzędne, które mają tylko kolokwja albo z których można zdawać kolokwjum narówni z innym przedmiotem, zależnie od wyboru studenta albo od decyzji Dziekana. Jako przykład podaję stomatologję, rentgenologję i ortopedję, trzy przedmioty narówni postawione do wyboru, jako dodatkowe egzaminy do głównego egzaminu z chirurgji. Dawniej, gdy każdy student med. musiał składać kolokwjum ze stomatologji, przy kolokwjum doraźnem ze stomatologji przy końcu kursu 70% studentów otrzymało stopień dobry lub bardzo dobry, a koło 23% zadowalający, a tylko 7% niedostateczny. Wynik tak dobry mieliśmy, pomimo że studenci wcale się specjalnie do tego przedmiotu nie przygotowywali. Wprowadzenie natomiast wspomnianej noweli spowodowało takie nastawienie umysłu studenta do danego

przedmiotu, że próba kolokwjum przy końcu kursu przeprowadzona na 30 studentach dała aż 40% wyników niedostatecznych, pomimo że prelegent się nie zmienił, a metoda nauczania mogła najwyżej zyskać przez większe doświadczenie, a nie stać się gorszą. Przytoczyłem umyślnie właśnie ten przykład obszerniej, ażeby wykazać, jak źle unormowane przepisy wpłynąć mogą ujemnie na wyniki nauczania.

5) Po ukończeniu studjów według systemu obecnego lekarz wchodzi w życie zupełnie nieprzygotowany do pracy praktycznej i albo nieświadomy odpowiedzialności rozpoczyna na podstawie swojego dyplomu praktykę prywatną, jako lekarz praktyczny, albo niedostatecznie wykształcony w specjalności — jako specjalista, albo też, przekonawszy się o niedostatecznej orjentacji swej w medycynie, rozpoczyna uczyć się medycyny praktycznej dopiero w szpitalach i klinikach uniwersyteckich. Rok praktyczny obecny nie załatwia sprawy przygotowania praktycznego, gdyż za wiele osób trzeba umieścić równocześnie w poszczególnych oddziałach klinicznych i szpitalnych, podczas studjów zaś nie mógł być czas należycie zużyty na prace kliniczne w wielkiej mierze i dlatego, że wskutek braku subwencyj dla klinik, kliniki uniwersyteckie podczas wielkich wakacyj są przeważnie nieczynne.

Brak zabezpieczenia funduszów młodemu lekarzowi i trudność w uzyskaniu kredytu jest często powodem, że młody lekarz zbyt wcześnie rozpoczyna praktykę jako specjalista. Ujemną stroną obecnego systemu jest i to, że płatnymi asystentami zostają ci lekarze, którzy w pierwszych 1½ roku do 2 lat dla kliniki są raczej balastem, aniżeli pomocą, gdyż nie posiadają odpowiedniego przygotowania dla danej specjalnej gałęzi medycyny.

Reforma studjów lekarskich według projektu autora.

A. *Egzamin wstępny i kwalifikacyjny,*

eliminujący przedewszystkiem jednostki umysłowo i fizycznie nienadające się na studja lekarskie. Egzamin ten powinien mieć charakter egzaminu psycho-technicznego a co do wiadomości nie sięgać dalej, jak do wiadomości ucznia 14-l. o gruntownych wiadomościach. Stwierdzić tu należy sprawne funkcjonowanie wszystkich zmysłów, zdolność orjentacji w trzech wymiarach na rysunku, pewne umiejętności w elementarnych wiadomościach przyrodniczych, fizyki, znajomość języka łacińskiego i greckiego. Egzamin taki może być pisemny — wspólny, ograniczać się do 20—30 krótkich pytań i indywidualny — ustny, który nie ma trwać dłużej jak 5—8 minut.

B. *Studja lekarskie*

powinny obejmować trzy okresy.

I. okres: studja przyrodniczo-lekarskie, trwające 2 lata. (W anatomji należy przytem zwracać szczególną uwagę na topograficzną, a nie na anatomję opisową). W okres ten można włączyć naukę higjeny i mikrobiologji, deontologję i medycynę społeczną. Egzamin teoretyczny i praktyczny powinien obejmować anatomję, fizjologję, chemję lekarską, fizykę i mikrobiologję.

II. okres studjów — studja teoretyczno-kliniczne — 2½—3 lat.

a) Trzeci rok studjów należy poświęcić patologji ogólnej i szczegółowej, metodom badania chorób wewnętrznych, klinicznym i laboratoryjnym.

b) Czwarty i piąty rok studjów poświęca się wyłącznie na studja kliniczne i dające ogólne podstawy z medycyny we wszystkich gałęziach, potrzebne zarówno lekarzowi praktycznemu jak i specjaliście, przytem należy unikać udzielania wszelkich wiadomości potrzebnych wyłącznie specjaliście albo wyłącznie lekarzowi praktycznemu. Unikać dlatego należy wszelkiego przerostu medycyny wewnętrznej, położnictwa, pedjatrji, medycyny sądowej, która tylko powinna być traktowana jako dodatkowe wiadomości podczas wykładów z różnych gałęzi medycyny przy okazji demonstracji przypadków.

Celem zatem tegoż okresu studjów jest danie ogólnych podstaw medycyny klinicznej i umożliwienie studentowi orjentacji co do przyszłej specjalizacji.

W 4 i 5 roku studjów, przedewszystkiem podczas wakacyj, mają studenci możność w Zakładach klinicznych i poliklinicznych pracować w charakterze koasystentów pod okiem asystentów — tak samo jak w pierwszych trzech latach studjów w Zakładach teoretycznej medycyny.

Pracę zawodową lekarza-praktyka traktuje się przytem jako specjalizację w kilku gałęziach głównych medycyny, chociaż na niższym poziomie, jak wymaga się tego od przyszłego specjalisty. Dlatego też można zrezygnować zupełnie w okresie II-gim z przygotowania studenta już na praktyka-lekarza ogólnego. Po ukończeniu II. okresu studjów, który stwierdza się dostarczeniem odpowiednich zaświadczeń odbytej praktyki, otrzymuje student tytuł magistra medycyny, egzamin zaś ścisły teoretyczny i praktyczny składa kandydat tylko z patologji ogólnej. Z przedmiotów klinicznych przedkłada kandydat tylko poświadczenie z odbytych ćwiczeń i odbytego kolokwjum zaraz po ukończeniu danych przedmiotów.

Do tego czasu miał student wszelką swobodę w doborze swoich studjów i mógł się zajmować także innemi gałęziami nauki i zbadaniem swoich upodobań do poszczególnych gałęzi medycyny. Obecnie musi się zdeklarować, czy chce poświęcić się medycynie jako praktyk ogólny, czy jako lekarz wojskowy, jako lekarz w urzędach administracyjno-społecznych i urzędach miejskich powiatowych i wojewódzkich. Dla tych gałęzi potrzebne jest specjalne pogłębienie wykształcenia w kierunku administracyjnym, społecznym, higjenie i medycynie sądowej. Wkońcu, czy chce obrać jedną z gałęzi medycyny jako swą specjalność.

III. okres studjów.

a) Po dokonanej decyzji rozpoczyna się okres studjów specjalnych wedle ściśle oznaczonego programu z uwzględnieniem w najszerszej mierze ćwiczeń praktycznych ile możności przy pobycie w klinice danej specjalności. Wykształcenie to zawodowo-lekarskie powinno być najgruntowniejsze tak pod względem teoretycznym jak i praktycznym.

Uzupełnić się powinno wszelkie luki z nauk przyrodniczych i lekarskich w zakresie potrzebnym danemu specjaliście przez korzystanie z odpowiednich kursów. Studja danej specjalności powinny nie ograniczyć się tylko do danej specjalności ale jaknajszerzej sięgać do pokrewnych gałęzi medycyny, ażeby dać kandydatowi maksymum potrzebnych wiadomości dla przyszłej specjalności.

Czas trwania studjów specjalnych nie może być równy dla wszystkich gałęzi medycyny i będzie się wahał od 2 do 5 lat, najdłużej będzie trwała np. chirurgja. Ścisły program studjów powinien minimalnie obejmować 1½ do 2 lat studjów, reszta zaś będzie miała charakter pracy klinicznej w roli bezpłatnego wolontarjusza, który będzie miał obowiązek pełnienia wszystkich funkcyj płatnego asystenta. Dla wyjątkowo zdolnych jednostek okres ten może być krótszy. Po ukończeniu systematycznie pobieranych wiadomości powinien się odbyć egzamin ścisły teoretyczny i praktyczny dla danej specjalności, ażeby stwierdzić, czy dany przyszły specjalista opanował gruntownie potrzebne wiadomości na podstawie wykładów, kursów i podręczników. Dopiero po odbyciu przepisanych kursów specjalnych wzgl. przepisanego czasu może dany lekarz otrzymać tytuł specjalisty.

Stwierdzenie wiadomości dla poszczególnych specjalności jako ich nauczanie należeć powinno do zakresu katedr uniwersyteckich a nie powinno być pozostawione jak dotychczas nieuregulowane lub woli poszczególnego lekarza; natomiast sprawa wydawania zaświadczeń specjalistom nie powinna być oddana Izbom Lekarskim. Właśnie ta dowolność w sposobie odbywania studjów specjalnych istniejąca jeszcze z czasów przedwojennych i utrzymywana dotychczas powoduje, że nie mamy w Polsce gruntownie wykształconych specjalistów, mogących konkurować z analogicznemi siłami zagranicznemi.

Druga korzyść będzie i ta, że będzie można wśród wielkiej liczby praktyków w poszczególnych specjalnościach wyłowić także i pewną liczbę uzdolnionych teoretycznie i posiadających w tymże kierunku pewne zamiłowania na asystentów i przyszłych docentów.

b) Wykształcenie lekarza praktycznego.

Jak już wspomniałem powyżej, traktuję lekarza praktycznego jak i lekarza administracyjno-społecznego jakoteż i lekarza wojskowego jako specjalistów w pewnych zakresach medycyny. Ułożenie programu studjów dla tychże lekarzy powinno być przeprowadzone przez dobrych znawców i doświadczonych praktyków. W każdym razie przygotowanie praktyczne lekarza praktyka może być ukończone do 2½ lat po uzyskaniu stopnia magistra medycyny.

W tym samym czasie i dla lekarza wojskowego lub lekarza administracyjno-społecznego. Przytem zaznaczam wyraźnie, że wykształcenie lekarza sądowego należy wyłączyć z programu II. okresu a włączyć w okres III. studjów.

C. Rok praktyczny.

Rok praktyczny w pojęciu obecnem może wobec proponowanych zmian zupełnie być przekreślony, gdyż został on już zrealizowany stosownie do potrzeb życia przez wprowadzenie III. okresu studjów. Rok praktyczny będzie więc traktowany jako dodatek do III. okresu studjów.

D. Doktorat z medycyny.

Stopień doktora medycyny jest pierwszym stopniem uniwersyteckim i nie ma nic wspólnego z praktyką. Wymagania stawiane kandydatom nie powinny być zbyt wygórowane, jak to jest w obecnych przepisach. Wymagać należy tylko dostatecznej orjentacji w przedmiocie samym, umiejętności opracowania naukowego materjału, krytycznej oceny istniejących poglądów, orjentacji w danej gałęzi medycyny, i jasnego sformułowania wniosków.

Praca doktorska musi wprawdzie stwierdzać samodzielność w opracowaniu przedmiotu przez kandydata, lecz nie jest wymagana indywidualna inwencja i twórczość, która powinna charakteryzować prace docentów. Doktorat medycyny nie powinien odnosić się do całej medycyny, tylko do pewnej specjalności, gdyż *dr. med. univ.* jest przeżytkiem i tylko tytułem, który mógł być nadawany w średnich wiekach, a nie w dobie obecnej przy tak olbrzymim rozroście wszystkich gałęzi medycyny. Doktorat medycyny można składać przy końcu specjalizacji lub po ukończeniu okresu studjów poświęconych dla wykształcenia na ogólnego praktyka-lekarza.

E. Ostateczne wnioski.

1. Studja medycyny powinny w pierwszych dwóch okresach być jaknajogólniejsze i być oparte na wolności akademickiej czyli na dowolnym doborze poszczególnych przedmiotów, przyczem przepisy dla końcowych egzaminów z I. okresu oraz przepisy co do II. okresu studjów zawierać będą tylko warunki, na podstawie których okres I. i II. należy uważać za ukończony.

W okresie tym obowiązywać powinna przedewszystkiem zasada: *„non multa, sed multum"* z każdego przedmiotu.

2. Okres III. studjów powinien się odbywać według ścisłego programu studjów z przewagą ćwiczeń i pracy klinicznej po już dokonanej decyzji co do doboru gałęzi medycyny dla danej specjalności.

Wykształcenie ogólnego praktyka-lekarza należy uważać jako specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, małej chirurgji, położnictwa, ginekologji oraz pedjatrji. Tak samo należy traktować wykształcenie lekarza wojskowego i lekarza administracyjno-społecznego.

3. Wykształcenie specjalistów i stwierdzenie ich wiadomości należy bezwarunkowo do Wydziałów lekarskich uniwersyteckich a nie do Izb Lekarskich.

4. Dobór materjału studentów przeprowadzić należy na podstawie egzaminu kwalifikacyjnego, ostateczna selekcja materjału studentów nastąpi przez egzaminy po I. okresie studjów.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 1—2. 1934. Dr. B. Dylewski: Wady mowy i głosu w szkołach wileńskich i walka z temi cierpieniami na terenie Wilna. — Dr. St. Windyga: Odżywianie a sport. — Dr. C. Karwowski: W sprawie szkół na otwartem powietrzu. — T. Biernakiewicz: O gimnastyce podstawowej albo prymitywnej. — J. Skład: Uwagi o nauczaniu narciarstwa. Z. Machinko: Program ćwiczeń cielesnych i sportowych w zimie.

Pedjatrja Polska. Nr. 2. 1934. M. Jovcić: Hirursko-ortopedsko lecenje paraliticnog stopala. — T. Rundsztejnowa: Przypadek jednostronnego ropogłowia u niemowlęcia. — J. Wiszniewski i P. Wójciak: Rokowanie w durze brzusznym u dzieci. — J. Zienkiewicz: Przypadek ograniczonego surowiczego zapalenia opon mózgowych po nasłonecznieniu. — M. Rosenman: O wpływie leczenia szczepionką na obraz kliniczny krztuszcu.

Kronika Dentystyczna. Nr. 2. 1934. Dr. Lakner: Nadziąślak olbrzymiokomórkowy i jego stosunek do włóknistego schorzenia kości (ostitis fibrosa).

Życie Dziecka. Nr. 4. 1934. Dr. W. Piotrowska: Kultura i wychowanie erotyczne. — Dr. J. Balicka: Niebezpieczny eksperyment wychowawczy. — J. Ryngmanowa: Kompromis w życiu a odpowiedzialność wobec dziecka.

Wiedza Lekarska. Nr. 5. 1934. J. Wiszniewski: Leczenie biegunek u niemowląt. — E. Margiel: Niemoc płciowa u mężczyzn, jej patogeneza i racjonalne leczenie.

Klinika Współczesna. Nr. 5. 1934.

Prasa Lekarska. Nr. 6. 1934. i dod. *Monografje Lekarskie.* Nr. 3—4. D. Levi: Leczenie wstrzykiwaniami w praktyce lekarskiej. Tłum. J. Roguski.

Medycyna. Nr. 11. 1934. St. Januszkiewicz: Badanie radjologiczne opuszki dwunastnicy. — H. Beck: Uwagi o okresie przekwitania kobiecego. — Zdz. Gorecki: Rola przekwitania w patologji wewnętrznej. — J. Bublej i J. K. Oko: Spostrzeżenia kliniczne nad Visactinem L. S. S.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 22. 1934. B. Koskowski: Walka z narkomanją jako zagadnienie międzynarodowe.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 23. 1934. J. Muszyński i P. Oficjalski: Digitalis.

OCENY.

Walka nauki ze śmiercią. PAWEŁ DE KRUIF. Przełożyli: Paula Lamowa i Zbigniew Grabowski. Nakł. Trzaski, Everta i Michalskiego. Warszawa. Bibljoteka Wiedzy. T. II. Str. 386 + 4 nlb. Cena 15 zł.

Kto czytał „Łowców mikrobów" tegoż autora, natychmiast sięgnie po „Walkę nauki ze śmiercią". Warto! Tylko Paweł de Kruif umie tak zajmująco opisać suche badania naukowe. W „Walce nauki ze śmiercią" przedstawia odkrycia, które przyczyniły się do przedłużenia życia ludzkiego: opisuje, jak Semmelweis odkrył przyczynę zakażenia połogowego, Banting insulinę, a Minot wątrobę dla leczenia niedokrwistości złośliwej, opisuje badania Spencera i towarzyszy nad tyfusem plamistym, panny Evans nad chorobą Banga, Mc Coy'a i współpracowników nad chorobą papuzią, wreszcie wykrycie krętka bladego przez Schaudinna, reakcji wiązania dopełniacza przez Bordeta, zastosowanej dla kiły przez Wassermanna, leczenie porażenia postępującego malarją przez Wagnera-Jauregga i gorączką elektryczną przez Whitney'a. Końcowe rozdziały poświęcono: Finsenowi, leczącemu światłem lampy łukowej wilka; Rollierowi, leczącemu gruźlicę kości słońcem; Strandbergowi, leczącemu gruźlicę krtani lampą łukową Finsena, a wreszcie badaniom nad paciorkowcem, który wywołuje schorzenia gośćcowe, zapalenia wsierdzia i płonicę. Objawy chorobowe omawianych schorzeń przedstawione świetnie, po mistrzowsku. Charakterystyka osób barwna i plastyczna. Opowiadanie żywe, dowcipne, a jeżeli mowa o „naukowej medycynie", mocno złośliwe. Tłumaczenie znakomite, lepiej podobała mi się część tłumaczona przez Grabowskiego. Wydanie staranne, „a jednak"... — że użyję stylu autora — muszę wypowiedzieć szereg zastrzeżeń.

Pod adresem korektora: wymieniam tylko większe usterki: Na str. 4. tyt. mowa o księdze III. i IV., a w tekście są 3 księgi. Ma być „R. Q." (współczynnik oddechowy) nie „R. G." (77), „pasorzyt" nie „pasożyt" (120), „dla bakcyla Banga" nie „dla bakcylu Banga" (160), „na dwa dni przedtem t. j. pierwszego marca" zamiast „trzeciego marca" (223), „Giemsę" nie „Gemsę" (228, 230, 233), „Noguchi" nie „Nogucki" (124), „Hoffmann" nie „Hoffman" (rozdział o Schaudinnie), „czy można sobie wyobrazić kwestję bardziej akademicką i pozbawioną treści" zamiast „kwestji bardziej akademickiej i pozbawionej treści" (247), „zapomniał wziąć ze sobą strzelbę i pas na naboje" zamiast „strzelby i pasa na naboje" (282), „świderkowe mikroby Schaudinna" zamiast „świderkowe mikroby Ehrlicha" (282), „najważniejszą rzeczą ...jest zapobieżenie porażeniu postępującemu" zamiast „najważniejszą rzeczą ...jest zapobiec ogólnemu paraliżowi" (283).

Pod adresem wydawcy i tłumaczy: Tłumaczenie z dziedziny medycyny powinien przejrzeć lekarz i poprawić drobne usterki, które psują wspaniały nastrój przy czytaniu. Wychodząc z założenia, że książka jest przeznaczona dla wszystkich, powinno się używać wyrażeń polskich, łatwiej zrozumiałych dla laika jak: paciorkowiec, gronkowiec, ziarenkowiec zapalenia opon mózgowych a nie łacińskich lub spolszczonych łacińskich, gdyż odmiana rzeczownikowa np. „porównanie coccusa maltańskiego" (154), „mikrococcusa" (155) „streptococcami", „streptococców" (167) brzmi fatalnie. Powinno być: „paciorkowiec hemolityczny" lub

„streptococcus haemolyticus“ a nie z angielska *„haemolytic streptococcus“*, dalej „zarazek gruźlicy“ a nie bezpodstawny skrót „T. B. C.“ (312, 324, 326 i in.). Błonę śluzową jelita nazywa się „trzewiową oponą“ (72). Zamiast „węglowodan“ użyto „karbohydrat“ (76, 83). Zamiast „glikogen“ jest „glikogena“ (83). Niesamowicie brzmi: „wcierał tę maść w skórę czaszki chorych“ (268) zamiast „w skórę głowy chorych“. Zamiast słowa „brzuch“ użył tłumacz delikatnego słowa „żołądek“, dlatego trzeba się chwilę zastanawiać, na co chorował Finsen, jeżeli „pomimo tej diety żołądek Finsena napełniał się ustawicznie wodą“ (317). Powinno być: „płyn mózgowo-rdzeniowy“ zamiast „płyn z rdzenia mózgowego“ (284), „w rdzeniu oraz w mózgu“ zamiast „w tkance nerwowej mięśni grzbietu oraz w mózgu“ (284), „niedokrwistość wtórna“ zamiast „anemja drugiego stopnia“ (96), „upust krwi“ a nie „upuszczenie krwi“ (103), „szybkość opadania czerwonych ciałek“ a nie „szybkość osadzania się czerwonych ciałek krwi“ (353), „szorstkie szmery w płucach“ a nie „szorstkie dźwięki w płucach“ (380), „na fotografjach rentgenowskich cienie zajmowały coraz większą część płuc pacjenta“ zamiast „sięgały wyżej płuc pacjenta“ (190), „porażenie postępujące“ a nie „ogólny paraliż“ (262 i in.), „niedowład czyli paresis“ zamiast „porażenie czyli paresis“ (264), „paralityk“ nie „paretyk“ (277 i in.), „płatek uszny“ a nie „wisior ucha“ lub „wisiorek ucha“ (276, 304 i in.), „czwartaczka“ zamiast „malarja kwartarna“ (278). Określanie ciepłoty ciała w stopniach Fahrenheita poza Ameryką jest mało mówiące. Można dyskutować, czy użycie wyrażenia „przycumowany“ (222) jest celowe.

Mimo tych usterek czyta się „Walkę nauki ze śmiercią“ dosłownie jednym tchem. W przebiegu doświadczeń i prac bohaterów walczących ze śmiercią bierze się żywy udział. Po zamknięciu książki ma czytelnik niezwykły podziw dla dotychczasowych bohaterów nauki a równocześnie nadzieję, że nieuleczalne dotychczas choroby doczekają się swoich pogromców.

H. Długosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Obojnaczość prawdziwa. C. I. URECHIA i E. TEPOSU. Pres. Méd. Nr. 101. 1933.

Autorowie opisują rzadki przypadek obojnaka, który dotyczył kolejarza 25-letniego, który od 17 roku zaczął cierpieć na kilkodniowe silne bóle po prawej stronie brzucha, powtarzające się co miesiąc. Wskutek tego poddał się operacji wyrostka robaczkowego, ale bez skutku. W 22 roku życia rozwinęły się sutki, które powiększały się w czasie miesięcznych bólów. Osobnik ten miał wygląd kobiety, po prawej stronie miał przepuklinę i nie miał jądra, ponadto miał *hypospadiasis*, zresztą zewnętrzne narządy płciowe były normalne. Zabieg usunięcia prawostronnej przepukliny nie wykazał wnętrostwa, dopiero próbna laparotomja wykazała obecność po prawej stronie jajnika, trąbki i macicy, które usunięto. Badanie histologiczne jajnika wykazało obecność ciałek żółtych. Po lewej stronie stosunki są normalne. Osobnik ten posiada plemniki i utrzymuje normalne stosunki płciowe.

Skowroński (Lwów).

Porównawcze studja o kliniczno-anatomicznych własnościach pierwotnych i wtórnych nacieków gruźliczych. OUSERVICKY i OFENBACH. Čas. Lék. Česk. Z. 39. 1933.

W przypadkach pierwotnego nacieku (autorzy opisują dwa przypadki, potwierdzone sekcją, u 2 Mongołów) kliniczny przebieg charakteryzuje się ostrym początkiem schorzenia, przebiegającym pod postacią zapalenia płuc na obwodzie z objawami zapalenia gruczołów oskrzelowych z następowem rozsianiem sprawy gruźliczej drogą krwionośną i chłonną. Podstawą zmian anatomopatologicznych jest serowate zapalenie oskrzelikowe z zapaleniem naczyń chłonnych oraz następowym rozwojem zapalenia płuc galaretowatego i wczesnych przerzutów prosówkowych (w pojęciu Aschoffa i Hübschmanna) bez objawów gojenia się.

Budowa tkanki płucnej wyjaśnia do pewnego stopnia anatomiczny charakter wczesnego nacieku, z którym spotykamy się w wieku dziecięcym a u dorosłych z rozwojowo wstrzymanem różnicowaniem tkanki płucnej (jak w niektórych przypadkach u Mongołów). Za przyczynę częściej występującego nacieku uważają autorzy ognisko gruźlicze wytwórcze *(Tbc acino-nodosa)* z zaostrzeniem przy obecności objawów gojenia się.

Ungar (Lwów).

Mechanizm bólu przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy. W. L. PALMER, TH. E. HEINZ. Arch. of Int. Med. Nr. 2. 1934.

Bóle przy wrzodzie pojawiają się zwyczajnie po stronie chorej, i zwyczajnie nie zależą ani od skurczu odźwiernika, ani ruchów żołądka, bądź też od ciśnienia wewnątrz żołądka. Powstają one natomiast pod wpływem bodźca działającego na mechanizm powodujący ból a znajdujący się we wrzodzie, bądź też w jego sąsiedztwie.

Tym bodźcem może być skurcz miejscowy, albo nadmierna kwasota soku żołądkowego, wywołana nadmiarem wolnego kw. solnego.

Z. Tomanek (Lwów).

O mechaniźmie regulacji przemiany węglowodanowej. A. A. BOGOMOLEC (Kijów). Wracz. Dieło. Nr. 6—7. 1933.

Ośrodek sympatyczny przemiany węglowodanowej, zdaniem autora, nie istnieje. *„Piqûre“* Cl. Bernard'a jest to ukłucie w ośrodek unerwienia sympatycznego wątroby a nie w „ośrodek cukrowy“. Regulacja adrenalinowa poziomu cukru we krwi i glikogenu w wątrobie nie odbywa się na drodze humoralno-hormonalnej, natomiast rola adrenaliny polega na tonizującem działaniu na układ sympatyczny. Wpływ układu sympatycznego na przemianę komórkową objawia się przewagą procesów dysymilacyjnych nad asymilacyjnemi. W odniesieniu do przemiany węglowodanowej powinien się ten wpływ objawiać wzmożonem zapotrzebowaniem cukru. Tak więc adrenalina zwiększając napięcie n. sympatycznego, przyczynia się do zwiększonego zapotrzebowania cukru przez tkanki; działa więc fizjologicznie nie antagonistycznie lecz synergetycznie z insuliną. Krańcowe przeciwne działanie adrenaliny i insuliny na zawartość glikogenu w wątrobie nie świadczy o antagoniźmie tych dwóch hormonów lecz ich fizjologicznym synergetyźmie, który objawia się odmiennie tylko dlatego, że każdy z tych hormonów reguluje kolejne fazy jednego i tego samego procesu; gromadzenie glikogenu powinno poprzedzić jego wytworzenie.

W regulacji przemiany węglowodanowej poza wysepkami Langerhansa (tworzenie insuliny) — odgrywa rolę również funkcja istoty korowej nadnerczy, produkująca „kortikalinę“. Jest to substancja otrzymywana z istoty korowej nadnercza, posiadająca własności obniżania poziomu cukru we krwi i zwiększania glikogenu w wątrobie (Medwedjewa). W przypadkach, kiedy udaje się utrzymać czystą „kortikalinę“ bez domieszki adrenaliny, hipoglikemja pod wpływem „kortikaliny“ jest tak znaczna, że tylko ślady cukru możemy wykryć we krwi. Tak znaczne obniżenie poziomu cukru we krwi nie spowodowało jednak ani razu drgawek hipoglikemicznych, co zdaniem autora jest jednym z dowodów, że drgawki przy intoksykacji insulinowej są pochodzenia toksycznego a nie hipoglikemicznego.

Rola hormonów (adrenaliny, tyroksyny, insuliny, kortikaliny i t. d.) w przemianie węglowodanowej nie może być ujęta schematycznie, a mechaniczne ujęcie całej sprawy w sensie bezpośredniego wzajemnego oddziaływania synergetycznego i antagonistycznego hormonów — jest zdaniem autora błędne.

Bezpośrednie oddziaływanie antagonistyczne i synergetyczne na komórkę prawdopodobnie nie istnieje. Różnorodne zadziałanie hormonów na komórkę zostaje przez te komórkę ujęte, zsumowane i w rezultacie ujawnia się jako reakcja, która w znacznym stopniu uwarunkowana jest wpływami hormonalnemi, nerwowemi a przedewszystkiem stanem samej komórki.

M. Segal (Lwów).

Odmiana mieszalnika, zapobiegająca zakażeniu badającego. C. BIENIAS. Med. Klin. Nr. 3. 1934.

Przy pobieraniu krwi do mieszalników wciąga się krew ustami, co stwarza pewne niebezpieczeństwo zakażenia badającego krwią chorego. Autor sporządził przyrząd, w którego skład wchodzi pipetka do liczenia ciałek krwi, połączona wężem gumowym ze strzykawką, której tłok jest poruszany śrubą. Strzykawka i pipetka są silnie ujęte w metalowe łapki tak, by trzymając strzykawkę pipetka była silnie utwierdzona i widoczną była na niej skala. Wolno kręcąc tłokiem śrubowym, wprowadza się krew względnie barwik do pipetki.

Z. Godlowski (Kraków).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Stosowanie wyciągów z gruczołów przytarczowych w schorzeniach serca i naczyń. E. HAMMERSCHLAG. Med. Klin. Nr. 50. 1933.

Brak gruczołów przytarczowych wywołuje powstanie tężyczki. Stany najlżejszej postaci tężyczki, towarzyszące tylko pewnej niedomodze tych gruczołów, przedstawiają obraz skazy

tężyczkowej albo t. zw. T — typ konstytucjonalny, cechujący się bladością skóry, jej złem odżywieniem, sinicą i wilgotnością rąk, przewrażliwością mechaniczną i elektryczną mięśni, przewrażliwością układu roślinnego, wzmożonem napięciem ścian naczyniowych (norma 15—20, w tych razach 25—40 mm Hg). Ta ostatnia cecha dowodzi istnienia związku unerwienia naczyń z czynnością gruczołów przytarczowych. Stany skurczowe naczyń zależą często od wydolności gruczołów przytarczowych i w tych razach podanie wyciągów z tych gruczołów będzie działać przyczynowo. Stany niedomogi mięśnia sercowego prowadzą do zwolnienia prądu krwi, powodując an- względnie hipoksemję *(asthma cardiale)*. Gorzej utleniona krew drażni ośrodki oddechowe, by przez głębokie oddechy pozbyć się nadmiaru bezwodnika węglowego, przez to jednak stwarza t. zw. alkalozę oddechową, dającą u osobników z konstytucją typu T warunki do wyzwolenia skurczów naczyniowych. To stwarza większą pracę dla już i tak osłabionego mięśnia sercowego. W tych razach należy podać wyciągi z gr. przytarczowych. Gr. przytarczowe mają w ustroju znaczenie odtruwające, zwłaszcza z pozostałości rozpadu białka. W przypadkach takich stanów w przebiegu schorzeń narządu krążenia (zawały), w T — typach konstytucjonalnych, należy również podawać wyciągi gr. przytarczowych. Przypadki dusznicy bolesnej czynnościowej nadają się też do tego rodzaju leczenia. *Z. Godlowski* (Kraków)

Leczenie hormonalne nadciśnienia miażdżycowego. O. O. FELLNER. Med. Klin. Nr. 51. 1933.

Stosując duże dawki hormonu płciowego kobiecego w zastrzykach, stwierdzał autor obniżanie się ciśnienia tętniczego w różnej mierze, zależnie od czystości przetworu, ilości użytych jednostek i drogi wprowadzania. Najsilniej działały przetwory czystej folikuliny podane dożylnie, słabiej podskórnie, zupełnie nie działały podane drogą przez usta. Folikulina podawana przez odbytnicę wchłania się lepiej i dlatego może wspierać działanie hormonu podanego czy dożylnie czy podskórnie. Częstość nadciśnienia w okresie ustania czynności gruczołów płciowych, jak również szybsze ustawanie czynności gruczołów płciowych przy nadciśnieniach, pozwala przypuszczać istnienia łączności wzajemnej tych objawów. Działanie hormonu płciowego męskiego ma mieć tę samą właściwość. Ponieważ czynność gr. płciowych męskich trwa dłużej, dlatego też występowanie nadciśnienia u mężczyzn jest względnie rzadsze. W nadciśnieniu u mężczyzn autor stosuje duże dawki hormonu męskiego, by uniknąć objawów feminizacji przy stosowaniu dużych ilości hormonu kobiecego. U obu płci poleca stosować dziennie 1000 jedn. mysich w zastrzyku i równocześnie 2—3 czopków po 2000 j. m. Długość trwania leczenia jest zależna od zachowania się ciśnienia, które już w godzinę po zastrzyku zaczyna się obniżać i uzyskuje najsilniejsze obniżenia po kilku dniach. Leczenie może trwać 3—4 tygodnie. Obniżone ciśnienie, po ukończonem leczeniu może się podnieść, zazwyczaj jednak nie uzyskuje pierwotnych wysokości.
Z. Godlowski (Kraków).

Półpasiec występujący przy cukrzycy i cukrzycowe zapalenie nerwu bez cukromoczu. PLASCHKES. Med. Klin. Nr. 4. 1934.

Występowanie zapaleń nerwów w przebiegu cukrzycy było znane już w zeszłem stuleciu, nietylko klinicznie, ale i anatomicznie, gdyż mikroskopowo wykazywano zwyrodnieniowe zmiany w włóknach nerwowych. Jasnem jest, że wówczas rozpoznanie cukrzycy zależało tylko od wykazania cukru w moczu, a wszystkie te przypadki, w których nie znajdowano cukromoczu, były kwalifikowane jako zapalenia nerwu niecukrzycowe, mianowicie jako neuralgje. Udoskonalona technika rozbioru krwi, możność wykazania zwiększonej ilości cukru we krwi, dzięki której cukrzyca może być z pewnością rozpoznana, pozwalają na rozpoznawanie zapaleń nerwów na tle cukrzycy, nawet wówczas, kiedy nie stwierdzamy cukromoczu. Ten i ów przypadek cięższego i dłużej trwającego zapalenia nerwu np. kulszowego czy trójdzielnego znalazł w ten sposób swoje wyjaśnienia i wyleczenie.

Wskazaniem jest przy wszystkich niejasnych co do pochodzenia neuralgjach usunięcie węglowodanów. Półpasiec jest częstem zjawiskiem towarzyszącem zapaleniu nerwu, taksamo cukrzycowego jak niecukrzycowego.

Wzajemna zależność półpaśca i zapalenia nerwów nie jest zawsze wyraźna, gdyż czasem półpasiec poprzedza zapalenie nerwów, czasem występuje po jego ustąpieniu, czasem występuje przy zupełnie łagodnie przebiegających, czasem przy ciężkiej postaci zapalenia nerwów.

Badanie w każdym przypadku półpaśca nietylko moczu ale i krwi na zawartość cukru wykazałoby, że bardzo duża liczba przypadków jest na tle cukrzycy. Wszystkich 6 przypadków półpaśca, które autor ostatnio spostrzegał, okazały się bez wyjątku cukrzycowemi. Szczególnie pouczające są te przypadki półpaśca, które nie przebiegają z wyraźnem zapaleniem nerwu. Także odwrotnie widzi się często chorych z zapaleniem nerwu, którzy w wywiadach podają półpasiec, albo wykazują charakterystyczne blizny po półpaścu.

Co do I-go rodzaju spostrzeżeń, z własnych obserwacyj podają przypadek 42 letniego, otyłego, cukrzycowego chorego, który często zapadał na uporczywy półpasiec przestrzeni międzyżebrowych, przyczem surowa dieta, uboga w sól i jednoczesne podawanie insuliny szybko obniżały poziom cukru we krwi i leczyły półpasiec. Ten chory podawał, że miał przed laty porażenie n. twarzowego, i wówczas rozpoznano je jako cukrzycowe. Co do II-go rodzaju przypadków, to autor podaje 2 przykłady: 1) dotyczy 56 letniej kobiety, która rozchorowała się na *neuritis plexus brachialis* i przy tej okoliczności stwierdzono dużo cukru w moczu i 249 mg % we krwi. Ta chora przed wieloma laty cierpiała na bardzo bolesny półpasiec na błonach śluzowych połowy twarzy, którego przyczyny nie można było dociec; 2) dotyczy 50 letniego mężczyzny z cukrzycowem zapaleniem nerwu kulszowego i przewlekłą kamicą żółciową, który wykazywał blizny po półpaścu w okolicy lewej gałęzi nerwu trójdzielnego. Schorzenie to trwało przez kilka lat, było ciężkie i bolesne. Nie było jako cukrzycowe leczone, gdyż mocz nie wykazywał cukru, a krew nie była badana. Te spostrzeżenia obowiązują nas w każdym przypadku półpaśca czy zapalenia nerwu do przebadania moczu i krwi na zawartość cukru.

Dieta dostosowana do cukrzycowej przemiany materji niekiedy z pomocą insuliny prowadzi do szybkiego zniknięcia bólów i szybkiego wyleczenia zapalenia nerwu czu półpaśca. Niektóre przypadki cukrzycy bez objawów mogą być rozpoznane jako cukrzycowe przez spostrzeżenie półpaśca, lub zapaleń nerwowych. *Dr. J. Jaskólska* (Kraków).

Zasady w rokowaniu raka. W. CARPENTER, M. CARPY. Journ. Americ. Med. Assoc. V. 98. Z. 1. 1933.

Według doświadczeń autora zależy rokowanie raka od następujących czynników: 1) Obecności przerzutów. Długość życia jest odwrotnie proporcjonalna do ilości przerzutów, jest dalej zależna od rodzaju nowotworu i anatomicznego umiejscowienia. 2) Wzrostu nowotworu. Im nowotwór jest większy, tem bardziej ryzykownym jest zabieg chirurgiczny i tem mniej nadziei na korzystny wynik. 3) Umiejscowienia nowotworu. Im bardziej przystępnym jest dla badania, tem wcześniej wywołuje dolegliwości podmiotowe, tem większa nadzieja na korzystne leczenie. 4 i 5) Stanu serca i nerek; niedomoga tych narządów zwiększa ryzyko operacji. 6) Niedokrwistości. Ta powstaje bądź spowodu gorszego odżywiania ustroju, które często połączone jest z odkryciem nowotworu, bądź z krwawienia spowodu stałego przesiąkania krwi lub wywołanego ciałami jadowitemi z rozpadłych nowotworów. Niedokrwistość powstała po nagłem krwawieniu nie czyni rokowania tak złem i nie oznacza takiego niebezpieczeństwa dla życia. 7) Wielkości nowotworu. Im jest większy, tem pewniejsze jest zajęcie gruczołów chłonnych. 8) Wieku. U młodych osób bywa rak bardziej złośliwym, u starych zaś dołączają się powikłania płucne, sercowe i nerkowe; przez dłuższe trwanie choroby wzrasta prawdopodobieństwo powstawania przerzutów, zrostów i in. 9) Kierunku wzrostu. Ten czynnik wchodzi pod uwagę głównie przy raku narządów, posiadających światło. Gorsze rokowanie przedstawia rak, który rośnie i szerzy się wzdłuż ściany, aniżeli rak rosnący w kierunku światła narządu. 10) Straty na wadze. Tu posiada znaczenie jakość i ilość potrawy, obstrukcja mechaniczna, ból, dolegliwości chorego, zakażenie i wchłanianie rozpadłej tkanki. 11, 12, 13, 14) Różnicy w budowie komórek, nacieku limfocytarnego, zwłóknienia i hialinizacji. Dyferencjacja komórkowa i naciek limfocytarny bywają połączone z dłuższem życiem pooperacyjnem. Podobnież ma się sprawa z fibrozą i hialinizacją. Jeżeli wszystkie te pooperacyjne warunki są kombinowane, zbliża się procentowe zwiększenie długości życia do 200%. 15) Trwanie choroby. Ten czynnik trudno brać w rachubę. W większości przypadków możemy odgadnąć trwanie choroby tylko na podstawie dolegliwości chorego; te zaś mogą być znacznie krótsze, co zależy od umiejscowienia nowotworu i indywidualności chorego, lub też dłuższe, jeżeli nowotwór był wcześniej w pojęciu anatomicznem dobrotliwy (wrzód — rak żołądka).

Autor dowodzi, że rokowanie złośliwego nowotworu możemy postawić tylko wówczas, jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkie te 15 czynników.

Ungar (Lwów).

Higjena, medycyna społeczna.

Kwestja sterylizacji ze względów eugenicznych w Anglji. The Lancet. 1934. Nr. 4 i 7.

W lutym 1932 r., na prośbę stowarzyszeń o charakterze społecznym, minister zdrowia publicznego Hilton Young powołał specjalną komisję do przestudjowania kwestji sterylizacji ze względów eugenicznych. Komisja ta, obradująca pod przewodnictwem L. G. Brock'a, złożyła w styczniu b. r. publiczne sprawozdanie wraz z odpowiedniemi wnioskami.

Komisja potępiła jednogłośnie wprowadzanie przymusowej sterylizacji ze względów eugenicznych, natomiast przedstawiła czynnikom miarodajnym szereg wniosków, dotyczących dobrowolnej sterylizacji.

W sprawozdaniu komisji znajduje się bardzo ciekawy komentarz do wprowadzonego w styczniu b. r. w Niemczech prawa o przymusowej sterylizacji. Zauważono mianowicie, że pacjenci, lub ich rodziny, coraz częściej skrywają w anamnezie fakty o chorobach rodzinnych z obawy przed sterylizacją, co jest oczywiście z wielką szkodą, zwłaszcza dla badań nad chorobami umysłowemi. Także psychjatrzy niemieccy wahają się bardzo ze stawianem takiego rozpoznania, jak *psychosis maniac. depressiva* i schizofrenja, przekładając zaopatrzenie choroby bardziej niewinną etykietką. Zdaniem komisji, sterylizacja dobrowolna powinna być dozwolona dla osób chorych, lub obarczonych dziedzicznie, mających słuszną obawę przeniesienia pewnych chorób, lub uszkodzeń na potomstwo. Sterylizacja eugeniczna odbywałaby się ściśle pod kontrolą czynników oficjalnych i w odpowiednich zakładach. Ankieta, przeprowadzona w angielskich szpitalach i zakładach, wykazała, że jak dotąd tylko jeden zakład wykonywał niekiedy zabiegi sterylizacyjne u osób dotkniętych dziedziczną ślepotą.

Ciekawą jest statystyka w sprawozdaniu komisji, dotycząca potomstwa 3733 osób upośledzonych umysłowo: z 8841 dzieci zmarło 2001 t. zn. bardzo wysoki procent, bo wynoszący aż 22,5%. Z 6840 dzieci wydzielono 3 grupy: w wieku między 0 i 7 lat, w wieku między 7 i 13 lat i grupę powyżej 13 lat. W grupie między 7 i 13 rokiem życia było 14% upośledzonych umysłowo, 31% cofniętych w rozwoju; w grupie powyżej 13 lat było 37% upośledzonych umysłowo i 12% cofniętych w rozwoju. Na 3247 kobiet upośledzonych umysłowo 66% miało dzieci nieślubne.

Fakty powyższe przemawiają, zdaniem komisji, za wprowadzeniem prawa o dobrowolnej sterylizacji. W lutym b. roku postawiono ministrowi zdrowia publicznego zapytanie w parlamencie angielskim, jakie kroki przedsięwzięto w sprawie sterylizacji — minister odpowiedział, że sprawa jest w toku.

H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

Gruźlica a okres dojrzewania. J. SZUSTROWA. Gruźlica. T. VIII. Z. 6.

Systematyczne obserwacje dzieci gruźliczych, dokonane przez autorkę, w przychodni przeciwgruźliczej Robotn. Tow. Przyjaciół Dzieci, stwierdziły zgodnie z szeregiem innych autorów, że okres pokwitania jest najczęściej momentem zaostrzającym procesy gruźlicze. Jako przyczynę tego zjawiska autorka przytacza i opisuje szerzej szereg zaburzeń hormonalnych związanych z tym okresem, przytaczając zarazem spostrzeżenia innych autorów. Celem usunięcia wszelkich ubocznych wpływów obserwacje swoje przeprowadziła autorka na materjale pochodzącym z jednego środowiska, pozostającym w takich samych warunkach, przyczem 56% badanych pozostawało w stałej styczności z chorymi na gruźlicę otwartą.

W zakończeniu autorka nawołuje do bardzo starannych badań osobników w tym wieku, by jaknajwcześniej uchwycić moment zaostrzającego się procesu i zastosować natychmiast staranne leczenie, powtarzając za Redeckerem, że „zwalczanie gruźlicy równa się zwalczaniu jej nasilenia w okresie dojrzewania płciowego". *A. Donhaiser* (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie z VII posiedzenia naukowego odbytego dnia 16 marca 1934.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Tyszka, czł. T-wa odczytał memorjał w *sprawie zwalczania gruźlicy we Lwowie.* Problem ten nabiera szczególnego znaczenia ze względu na to, że gruźlica szerzy się coraz bardziej wśród młodzieży i poborowych, dlatego też zagadnienie to staje się tem bardziej palące z punktu widzenia na interes obrony Państwa; ostatnio bowiem obserwuje się u nas spadek przyrostu ludności. Rola dominująca w zwalczaniu gruźlicy należy do Państwa, które przez wydanie odpowiednich ustaw może nałożyć na samorząd obowiązek walki z gruźlicą, zwłaszcza do akcji zapobiegawczej, jaką jest bezwzględnie izolacja beznadziejnie chorych i profilaktyka wśród młodzieży, gdyż do zwalczania gruźlicy samo leczenie jej jest niewystarczające, a nawet staje się karygodnem i niedopuszczalnem trwonieniem zarówno sił społecznych, jak i środków materjalnych, jeżeli nie jest prowadzone równolegle z akcją zapobiegawczą. W poczuciu odpowiedzialności wobec coraz bardziej wzmagającej się gruźlicy, zwraca się Lwowskie Tow. Lek. wraz z innemi instytucjami społecznemi do sfer miarodajnych gminy m. Lwowa w sprawie wydatniejszego i bardziej celowego zwalczania tej choroby społecznej przez:

1) należyte wyposażenie przychodni przeciwgruźliczych;
2) odpowiednie urządzenie i rozszerzenie baraków izolacyjnych przy ul. Janowskiej;
3) wydatniejsze subsydjowanie towarzystw i instytucyj, prowadzących walkę z gruźlicą;
4) przez objęcie większej ilości chorych w leczenie na własny rachunek w sanatorjum podmiejskiem;
5) zwiększenie ilości lekarzy szkolnych i higjenistek;
6) założenie prewentorjum dziennego;
7) zwrócenie większej uwagi na higjenę miasta (ulice);
8) wstawienie odpowiedniej sumy do budżetu na utrzymanie mającego powstać muzeum higienicznego;
9) usprawnienie policji sanitarnej.

W dyskusji nad memorjałem Kol. Pisek podnosi, że zasiadając w radzie m. Lwowa z przerwą rządów komisarycznych od r. 1893, ma obowiązek wypowiedzenia kilku uwag w sprawie zwalczania gruźlicy tem bardziej, że jeszcze w r. 1907 na X. Zjeździe lek. i przyrodników polskich sprecyzował w odczycie „zwalczanie gruźlicy w naszych miastach" obowiązki i zadania Lwowa. Czas jakiś pracował w R. M. klub „przeciwgruźliczy". Postulaty przed 34 laty, które przedstawił, spełniał Lwów w miarę możności w znacznej części i ciągle je spełnia w zależności od zasobów miasta — w ostatnich latach nawet mimo kryzysu gospodarczego. Jakkolwiek cyfra zmarłych na gruźlicę ostatnio wzrosła, przypomina, że dawniej (1907) umierało z gruźlicy we Lwowie 1.200 ludzi, a dziś mimo bardzo znacznego wzrostu ludności (przeszło 315.000) zaledwie umiera nieco ponad 1/3 tej dawnej śmiertelności. Wprawdzie wszędzie w ostatnich dziesiątkach lat śmiertelność ta znacznie spadła tak jak i u nas, jednak mimo to uważamy i tę cyfrę za wygórowaną. Komisja budżetowa miasta, w której referuje P. dział zdrowia, wysłuchała postulaty sfer lekarskich i konieczność podwyższenia subwencji na zwalczanie gruźlicy; ma też nadzieję, że mimo kompresji budżetu, ustawowo ograniczonego w miejskim budżecie przeszło 20 miljonowym, znajdą się możliwości podwyższenia kwoty na zwalczanie gruźlicy. W walce tej we Lwowie społeczeństwo pracuje wspólnie z miastem, wspierane i przez sfery rządowe. Proponowany przez Kol. Tyszkę memorjał przyjęto przez aklamację.

2. Kol. Leszczyński R. czł. T-wa, wygłosił wykład p. t.: *Badania nad wpływem niektórych substancyj ustrojowych na układ siateczkowo-śródbłonkowy.*

Wstęp. Jedność czynnościowa jest podstawą koncepcji U. S. S. Wspólne własności histjocytów.

Przypomnienie metody własnej, (opisanej przed dwoma laty) dla badania stanów czynnościowych histjocytów skórnych. Jest to metoda zakładania barwnych bąbli rozczynem 1/5000 błękitu trypanu. W tej serji badań starał się autor poznać, jaki wpływ mają pewne substancje ustrojowe na przebieg bąbla barwnego t. j. na wchłanianie i transport barwika. Podaje szczegółowo technikę badania, założenie teoretyczne pracy, wyniki poparte fotografjami. Dotychczasowe poszukiwania wykazały, że przyśpieszenie transportu barwika powodują: histamina (++++), lecytyna (+++), kwas szczawiowy (+++), cysteina (++), kwas moczowy (+), pepton (+), kofeina (+). Natomiast opóźnienie: sól kuchenna (————), mocznik (————), cukier (———), acetylcholina (———), bilirubina (———), adrenalina (——). Żadnego wpływu nie spostrzeżono po tryptofanie i morfinie (w użytych stężeniach). Autor wstrzymuje się od ostatecznych wniosków z tych spostrzeżeń i omawia jedynie konkretne fakty. Przypuścić można, że ta sama substancja, która w wyższem stężeniu przyśpiesza lub opóźnia transport barwika, działa podobnie, gdy znajdzie się w krążeniu w stężeniach słabszych. Różnice będą jednak tylko ilościowe, nie jakościowe. Wkońcu porusza też autor stosunek stanów czynnościowych układu siateczkowo-śródbłonkowego do pewnych konstytucyj. (Autoreferat). (Praca ukaże się w druku w *Dermat. Wochenschrift.* 1934).

W dyskusji: Kol. Nowicki uważa, że spostrzegane przez referenta zjawiska przyśpieszenia lub opóźnienia transportu barwika są zależne przedewszystkiem od farmakodynamicznych własności środowiska, w którem znajdował się wprowadzany barwik. Zdaniem mowcy np. już naprzód można było przewidzieć zachowanie się transportu barwika w przypadkach, w których autor stosował histaminę lub adrenalinę, a to ze względu na farmakodynamiczne działanie wymienionych środków na zachowanie się naczyń. Nie jest również obojętnym wpływ na tkankę takich czynników, jak kwas szczawiowy lub moczowy, którym autor także się posługiwał w swych doświadczeniach.

Kol. Lenartowicz zwraca uwagę, że ocena badań przeprowadzonych tą drogą, jaką je przeprowadził prelegent, jest niezwykle trudna. Należy się bowiem liczyć z pewnego rodzaju chwiejnością w oddziaływaniu skóry. Napewno oddziaływanie to zależne jest od najrozmaitszych czynników niezawsze uchwytnych, inaczej bowiem oddziaływuje skóra rano, inaczej wieczorem, inaczej naczczo i po spożyciu pokarmów, wreszcie inaczej pod wpływem odmiennego ciśnienia barometrycznego lub wilgoci i t. p. Stąd też wyniki, otrzymane przez prelegenta należy oceniać ostrożnie. Dla udowodnienia, że w badanych przypadkach czynnym był układ śródblonkowo-siateczkowy i w jakiej mierze, byłoby wskazanem, aby badania te oparte były na badaniach histologicznych.

Kol. Schramm H. zaznacza, że różnice w zapatrywaniach mówców polegają na nieporozumieniu.

Kol. Moraczewski w przemówieniu zaznacza, że reakcje skóry na podrażnienia wszelkiego rodzaju zależne są od własności konstytucjonalnych osobnika; dlatego też porównanie rozmaitych substancyj w działaniu ich na skórze jest bardzo trudne. Pozatem reakcje niekoniecznie świadczą o zmianach w komórkach układu śródblonkowo-siateczkowego.

Sekretarz Doroczny: *W. Bross.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 6 grudnia 1933.

1. Kol. H. Kryszek i Kol. L. Minc omówili: *„Przypadek bloku serca o rzadkim przebiegu"*.

a) Kol. L. Minc zademonstrował wykresy elektrokardjograficzne pacjentki dra Kryszka, skierowanej do zdjęcia elektrokardjograficznego z rozpoznaniem bloku serca. Wykresy te ilustrują przebieg okresu chorobowego w przeciągu 10 miesięcy. Na wykresach początkowych stwierdza się zjawisko bloku przedsionkowo-komorowego oraz interferencję z pararytmją. Na ostatnim wykresie blok całkowity przeszedł w odprowadzeniu pierwszem i drugiem w blok częściowy typu pierwszego, zaś w odprowadzeniu trzeciem w rzadką postać bloku mieszanego.

b) Kol. Kryszek omawia kliniczną stronę przypadku. Podkreśla znaczenie elektrokardjografji dla poznania zaburzeń przewodnictwa i umożliwienie dzięki temu obecnie potwierdzenia przypuszczalnego rozpoznania już na podstawie objawów klinicznych. Do takich objawów należą występujące w danym przypadku: 1) okresowe nasilenie I, wzgl. II tonu u podstawy, jako skutek jednoczesnego skurczu przedsionka i komory; 2) nieregularne tętnienie żylne, niezależne od oddechania, z nasadzanemi falami; 3) bradyarytmję. Przypadek dotyczy 22-letniej pielęgniarki. W wywiadach — poza przebytą w dzieciństwie odrą, zapaleniem gruczołów przyusznych, częstemi anginami — w siódmym roku życia błonica.

Omawiając zachodzące w przypadku zjawiska akustyczne — nawiązuje do krzywych elektrokardjograficznych, pokazanych przez kol. L. Minca. Szmer skurczowy, słyszalny nad koniuszkiem, nie był wyrazem niedomykalności zastawki dwudzielnej. Omawia mechanizm powstawania szmeru skurczowego przy bloku z wolnem tętnem. Rokowanie ustala elektrokardjograf. W danym przypadku — dobre, gdyż P. R. nie wydłużało się w ciągu wielomiesięcznej kontroli. Omawia rzadkość przejścia bloku całkowitego w blok częściowy, *bloc alterné* autorów francuskich. Leczenie sprowadza sie do podawania efetoniny — w danym przypadku 3 razy dziennie po 0,05 i *barium chlor.*

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol. kol. Bender, Frenkiel i Kryszek.

2. Kol. K. Ściesiński wygłosił odczyt pod tytułem: *„Plasmocytoma"*. Odczyt był ilustrowany szeregiem rentgenogramów i preparatów makro- i mikroskopowych.

W dyskusji: Kol. Turyn przytacza opisany przez siebie przypadek szpiczaka. We krwi obwodowej nie było retikulocytów; w moczu — zmniejszona ilość urobiliny; diureza duża — do 2000,0 moczu; w moczu białko Bence-Jonesa; ilość mocznika we krwi normalna, w moczu zmniejszona. Stała Ambarda zwiększona, dalej przerost serca, jak przy nadciśnieniu (PP 140/130). Chory nie miał skrobiawicy. Wydolność nerek była zmniejszona. Chory zmalał o parę centymetrów.

Kol. Kocen spostrzegał dwa przypadki szpiczaka; jeden nie doszedł do sekcji; drugi przypadek razem z kol. Iwaszkiewiczem. We krwi było myeloblastów od 50% do 70%; ilość retikulocytów w jednym przypadku zwiększona; ilość białka we krwi była zwiększona. Ostatni ten objaw ma być charakterystycznym dla szpiczaków.

Kol. Ściesiński *w odpowiedzi* zaznacza, że nie stwierdził skrobiawicy; odczyny oksydazowe i paraoksydazowe były ujemne.

3. Kol. Fajwlewicz wygłosił: *„Sprawozdanie z V kursu lekarskiego fundacji Tomarkina w St. Moritz"* ze szczegółowem omówieniem alergoz odżywczych i awitaminozy B. 1.

W dyskusji zabierali głos kol. kol. Polak, J. Kon i referent.

Protokół posiedzenia z dnia 20 grudnia 1933.

1. Kol. S. Minc wygłosił odczyt p. t.: *„O niemiarowości całkowitej tętna"*. (P. G. L. Nr. 25. 1934).

W dyskusji zabierali głos Kol. Frenkiel, Bender i prelegent.

2. Kol. J. Itelson wygłosił odczyt p. t.: *„O atypowych postaciach niedokrwistości złośliwej"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. kol. R. Bornstein, Tenenbaum, Polak, Frenkiel i prelegent.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XXI posiedzenia naukowego z dnia 11 października 1933 r.

Przewodniczący: Kol. Dr. W. Jakowicki.

1. Dr. Achmatowicz przedstawia chorą, która *połknęła igłę*. Po rzekomo ujemnej jednej operacji podług słów chorej, usunięto w Szpitalu Św. Jakóba igłę, która utknęła w wątrobie ku dołowi i nazewnątrz od pęcherzyka żółciowego.

W dyskusji: Dr. Zarcyn wyjaśnia, że u tej samej chorej usunął 2 igły, a trzeciej, usuniętej przez Dr. Achmatowicza, nie znalazł.

Dr. Czarnowski wspomina o chorej operowanej dwukrotnie po połknięciu paczki igieł.

2. Doc. Dr. Mienicki przedstawia chorą M. K., lat 35, bezdzietną, rozwódkę, u której widzialne zmiany chorobowe rozpoczęły się przed 8 tygodniami. Obecnie mamy wyniosłe lepieże w okolicy pachwin, wewnętrznej stronie ud i około odbytnicy; powierzchnia wybujałości pokryta jest cuchnącą ropą. Na owłosionej części głowy — niesztowice. W gardle po stronie lewej małe nadżerki i pęcherzyki.

Obraz kliniczny odpowiada bujającemu ropnemu zapaleniu skóry (typu Hallopeau). W danym przypadku nie wykluczamy narazie podłoża kiłowego. Chora będzie w obserwacji klinicznej.

3. Prof. Dr. Wł. Jakowicki demonstruje: 1) preparat *mięśniaka wielkości pięści uszypułowanego i wychodzącego częściowo z więzu okrągłego prawego.* Skręt szypuły guza dał obraz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osoby w VIII m. ks. ciąży. Wyrostek robaczkowy zgrubiały również usunięto. Ciąża po operacji utrzymana.

2) Preparat *guza jajnika ze skrętem szypuły pięciokrotnym atypowym* u osoby 52-letniej, która spowodu rozpoznanych mięśniaków macicy była przed 7 laty leczona naświetlaniami Roentgena. Przed rokiem napad bólów cięższy od obecnie spostrzeganego. Macica mała, bez najmniejszych zmian.

W obu przypadkach chyżość opadania krwinek znaczna (25 i 20 minut) wobec nieznacznej leukocytozy (7500 i 10600).

4. Doc. Dr. Dylewski: *„O czynnościowem przytępieniu słuchu"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Dr. Lewande nadmienia, że badania słuchu nie są ściśle objektywne i że, przyzwyczajając słuchać słabszem uchem, można poprawić słuch.

Prof. Dr. J. Szmurło podkreśla, że badania Doc. Dylewskiego są rzadkie i mało znane i że na podstawie tych badań przewodnictwo kostne w słuchu ma większe znaczenie niż przedtem przypuszczano; muszą istnieć zapasowe siły w słuchu tak jak w innych narządach.

Dr. Czarnowski zaznacza, że z powyższego należy wyciągnąć praktyczny wniosek o szkodliwości posługiwania się aparatami poprawiającemi słuch i przytacza odnośne obserwacje z Petersburga.

W odpowiedzi Dr. Długiemu, Doc. Dylewski wyjaśnia, że dotychczas nie ma obserwacji z zupełnem wyłączeniem słuchu.

5. Doc. Dr. Z a l e s k i: *„O sztucznem zapłodnieniu kobiet"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Po przytoczeniu historji tego zabiegu, oraz omówieniu przyczyn męskiej i kobiecej niepłodności, prelegent porusza sprawę sztucznego zapłodnienia kobiet, jako jednego ze sposobów zwalczania niepłodności kobiecej. Omawia wskazania i przeciwwskazania do stosowania tego zabiegu, jego technikę, dotychczas uzyskane wyniki oraz powikłania po nim. Wreszcie przychodzi do wniosku, że można uważać tę metodę za skuteczną i celową w zwalczaniu pewnych przypadków kobiecej lub męskiej niepłodności, o ile ściśle przestrzegane będą przytoczone wyżej okoliczności.

W dyskusji: Prof. Dr. Wł. J a k o w i c k i nadmienia, że sztuczne zapłodnienie kobiety w szeregu przypadków daje wynik ujemny spowodu stanu zaburzonej równowagi psychicznej kobiety, spowodowanej rodzajem zabiegu. Należy też dokładnie badać nasienie; badanie wyłącznie morfologiczne nie jest wystarczające.

Sekretarz T-wa: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

KOMUNIKAT.

Ministerstwo Opieki Społecznej.
Nr. Zn. 25/9/I.

Warszawa, dnia 18 maja 1934 r.

Prenumerata miesięcznika „Zdrowie Publiczne".

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Mając na względzie konieczność stałego informowania lekarzy urzędowych (naczelników wojewódzkich urzędów zdrowia oraz ich zastępców, lekarzy powiatowych, grodzkich, sejmikowych oraz lekarzy rejonowych) o zdobyczach nauki, jak również o wszystkich sprawach, dotyczących działalności służby zdrowia w kraju i zagranicą, Ministerstwo Opieki Społecznej zaleca prenumeratę miesięcznika „Zdrowie Publiczne" (Adres: Warszawa, ul. Karowa 31, Polskie Towarzystwo Higjeniczne). Prenumerata rocznie wynosi 12 zł.

Poza bieżącą treścią naukową i informacyjną miesięcznik ten posiada stały dodatek, zawierający wszystkie ukazujące się rozporządzenia i okólniki Państwowej Służby Zdrowia.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

N o w i c z ł o n k o w i e P o l s k i e j A k a d e m j i U m i e j ę t n o ś c i. *Na Wydziale Lekarskim* wybrani zostali: 1) Członkowie czynni krajowi: Dr. Edward L o t h, prof. anatomji opisowej, Warszawa; Dr. Jerzy M o d r a k o w s k i, prof. farmakologji, Warszawa; 2) Członkowie korespondenci krajowi: Dr. Franciszek G e d r o y ć, em. prof. historji medycyny, Warszawa; Dr. Jan T. L e n a r t o w i c z, prof. dermatologji, Lwów; Dr. Stanisław P r z y ł ę c k i, prof. chemji fizjologicznej, Warszawa; Dr. Roman R e n c k i, prof. chorób wewnętrznych, Lwów. *Na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym:* Dr. Jerzy A l e k s a n d r o w i c z, prof. histologji Akad. Medycyny Weter. we Lwowie.

Prof. Dr. E i s e l s b e r g sławny chirurg wiedeński został odznaczony honorowym doktoratem przez uniwersytet w Paryżu.

Zmarli.

Dr. K r z e p i s z Jan, rentgenolog, lekarz miejski m. Warszawy, zmarł w Kaliszu w wieku 30 lat.

Dr. W i e r z b i c k i Zygmunt, emer. podpułk. - lekarz, zmarł w Krakowie w wieku 60 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

P o s i e d z e n i e T o w. L e k. W a r s z a w s k i e g o odbyło się dnia 12 czerwca 1934. Gorecki Zdz.: Obraz kliniczny i leczenie ziarnicy złośliwej. Werkenthin M.: Rentgenodiagnostyka i rentgenoterapja ziarnicy złośliwej.

XVII p o s i e d z e n i e L w o w s k i e g o T o w. L e k. odbyło się 15 czerwca 1934. Grzędzielski J.: Przypadek katarakty po naświetl. prom. Roentgena. Nadel: Choroby skórne a lipaza krwi (wykład).

R u m u ń s c y L e k a r z e - B a l n e o l o d z y bawili w Krakowie 27 maja b. r. pod przewodnictwem prezesa Rumuńskiego Towarzystwa Balneologicznego, Generała Dr. V i c u l a, jako goście Polskiego Tow. Balneologicznego. Uczestników wycieczki przywitał na dworcu krótkiem przemówieniem prezes P. T. B. Prof. K o r c z y ń s k i. Po odpowiedzi Gen. V i c u l a na powitanie zwiedzili rumuńscy goście Barbakan, oglądnęli rynek, gdzie z wielkiem zainteresowaniem przysłuchali się dźwiękom hejnału marjackiego, a następnie spożyli obiad w Pawilonie przy Pl. Szczepańskim. Po obiedzie udali się na zwiedzanie Wawelu, oprowadzani i objaśniani przez Dr. Łukasiewicza. O godz. 19-tej odbyło się krótkie posiedzenie w Sali wykładowej Domu Krak. Tow. Lek., zainaugurowane powitalnem przemówieniem prezesa Krak. Tow. Lek., Doc. Dr. S z y m a n o w i c z a. Prof. Dr. K o r c z y ń s k i naszkicował na niem stan polskich uzdrowisk i stan polskiego zdrojownictwa pod względem organizacyjnym i naukowym, objaśniając najważniejsze szczegóły przy pomocy wydanej w zeszłym roku mapy uzdrowisk Polski. Po wykładzie Prof. Dr. K o r c z y ń s k i e g o przemawiał niezwykle serdecznie i z wielkiem uznaniem dla polskiej roboty balneologicznej Generał V i c u l i wręczył Prof. K o r c z y ń s k i e m u, jako prezesowi Polskiego Tow. Balneologicznego, dyplom członka honorowego bratniego Tow. Rumuńskiego. Po posiedzeniu zasiedli uczestnicy zebrania w liczbie około 60 osób do wieczerzy, urządzonej przez Zarząd P. T. B. Przemawiali podczas niej Prof. Dr. K o r c z y ń s k i i Gen. V i c u l. Sympatyczni i bliscy nam goście odjechali do Warszawy pociągiem, odchodzącym z Krakowa o godzinie 23-ej, w towarzystwie Dyrektora Biura prezydjalnego w Min. Opieki Społ. Dr. Kacprzaka, który wraz z Dr. Salakiem, naczeln. wydz. służby zdr. w woj. krak. opiekowali się, począwszy od granicy polskiej, stale uczestnikami wycieczki rumuńskich balneologów.

W o j e w ó d z k i K o m i t e t R e g j o n a l n y d l a s p r a w P o d h a l a przystępuje do zgromadzenia rzeczowych materjałów dla opracowania planów regulacyjnych uzdrowisk, m. in. także przez objazdy uzdrowisk. Uwzględnianie postulatów lekarskich jest przytem zapewnione.

Z j a z d w s p r a w i e p o s t u l a t ó w z d r o j o w n i c t w a i t u r y s t y k i, zainaugurowany przez Ministerstwo Komunikacji, odbył się 8 i 9 czerwca b. r. w Jaremczu. Z lekarzy wygłosił referat o Karpatach Wschodnich Doc. Dr. A. Sabatowski. O Karpatach Zachodnich wygłosili referaty Dr. St. Leszczycki, As. Inst. Geograficznego U. J. w Krakowie (z ramienia Polsk. Tow. Balneologicznego i Inż. Mianowski, dyr. Izby Przem.-Handl. z Krakowa.

Różne.

Z listu dra Antoniego R y d y g i e r a byłego asystenta kliniki chirurgicznej we Lwowie, pracującego od szeregu lat w Brazylji dowiadujemy się, że rząd tamtejszy stawia duże w y m a g a n i a l e k a r z o m o b c y m o s i e d l a j ą c y m s i ę w B r a z y l j i. Muszą oni nostryfikować maturę, egzamina lekarskie i przeprowadzić obronę trzech tez naukowych. Warunki gospodarcze zmieniły się w ostatnich latach wybitnie na gorsze. Autor listu służy Kolegom bliższemi informacjami. Adres: *General Osorio, via Cruz alta, Rio Grande. Do Sul. Brazil.*

Komunikaty.

K u r s l e c z e n i a p s y c h o a n a l i z ą dla lekarzy odbędzie się od 3 do 29 września 1934 w Krakowie. Kurs obejmować będzie wykłady wraz z ćwiczeniami praktycznemi w analizowaniu snów, objawów i t. p. w ilości 4-ch godzin dziennie. Ilość uczestników ograniczona. Udział w kursie płatny. Zgłoszenia najpóźniej do 1 sierpnia b. r. przyjmuje: Dr. med., Dr. fil. Tadeusz B i l i k i e w i c z, docent Un. Jag., Kraków, al. Krasińskiego 17.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.